



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“BIENESTAR Y AUTOEFICACIA EN ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN A SERVICIOS SOCIALES”**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Psicólogo
Clínico.

AUTORES:

Juan Fernando Aguirre Mosquera
Edwin Alexander Naranjo Cabrera

DIRECTORA:

Mgst. Eva Karina Peña Contreras

CUENCA – ECUADOR

2016



RESUMEN

El presente estudio es de tipo correlacional transversal, con una muestra que estuvo conformada por 100 adultos mayores, 68 mujeres y 32 hombres, los mismos que asisten a centros de servicio social. Los objetivos propuestos son los siguientes: Determinar la correlación entre autoeficacia y bienestar, conocer los niveles de bienestar y autoeficacia percibidos e identificar las variables sociodemográficas que inciden en el bienestar. Los instrumentos aplicados fueron: la escala PERMA de Margaret Kern y Julie Butler (2013), la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996), adaptada al español por Sanjuán, Pérez y Bermúdez, y un cuestionario para recopilar información de variables sociodemográficas. El análisis de datos se lo llevó a cabo mediante el programa SPSS Statistics 20, y en los resultados obtenidos se determinó que existe correlación significativa entre el bienestar y la autoeficacia percibida por los adultos mayores que asisten a servicios sociales; además, se encontró que los niveles de bienestar percibidos son mayores en las mujeres que en los hombres.

Palabras claves: Adulto mayor, bienestar, autoeficacia, PERMA.



ABSTRACT

The present study is correlational cross study, with a sample taken from a group of 100 older adults, 68 women and 32 men, attending the same social service centers. The objectives set here are: To determine the correlation between self-efficacy and welfare, to know the levels of perceived welfare and identify the sociodemographic variables that affect welfare. The instruments used were: PERMA Margaret Kern and Julie Butler (2013), the Self-Efficacy Scale General Baessler and Schwarzer (1996), adapted to Spanish by Sanjuan, Perez Bermudez, and a questionnaire scale to collect information from sociodemographic variables. The data analysis was carried out using SPSS Statistics 20 program, and the results showed that there is significant correlation between welfare and perceived self-efficacy for elderly attending social services; it was also found that the perceived levels are higher in women than in men.

Keywords: elderly, welfare, self-efficacy, PERMA



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
AGRADECIMIENTO	11
DEDICATORIA	13
INTRODUCCIÓN	15
EL ADULTO MAYOR	17
¿Quién es el adulto mayor?	17
Marco normativo	17
La actividad y el ocio como fuente de bienestar en el adulto mayor	18
El envejecimiento activo	19
Beneficios de la actividad en el adulto mayor	20
Las actividades en el adulto mayor	22
Actividades físicas	22
Actividades sociales	23
Actividades recreacionales	23
Actividades ocupacionales	25
Actividades de creatividad y desarrollo cognitivo	25
Cambios relacionados con la edad en el adulto mayor	26
Cambios biológicos en el adulto mayor	27
Cambios en los sistemas sensoriales	27
Cambios en los sistemas orgánicos	28
Cambios sociales	29
Cambios psicológicos	31
Cambios en la actividad laboral	32
El retiro laboral	32
La jubilación	32
Fases de la jubilación	33
Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson	34



La octava etapa del desarrollo según Erikson: Integridad vs Desesperanza	35
EL BIENESTAR	37
Bienestar hedónico	39
Bienestar eudaimónico	39
Bienestar subjetivo	40
Componentes del bienestar subjetivo	41
El afecto positivo y el afecto negativo	42
Satisfacción vital	44
Bienestar psicológico	46
Modelo teórico del bienestar según Martin Seligman	48
AUTOEFICACIA	52
La autoeficacia según Albert Bandura	52
Fuentes de información de autoeficacia percibida según Bandura	52
Características de personas con alto sentido de autoeficacia	55
Características de personas con bajo sentido de autoeficacia	55
Autoeficacia en el adulto mayor	57
METODOLOGÍA	58
Pregunta de investigación	58
Objetivos	59
Objetivo general	59
Objetivos específicos	59
Enfoque y tipo de investigación	59
Participantes	59
Criterios de inclusión	60
Criterios de exclusión	61
Instrumentos de recolección de información	61
Procedimiento de recolección de información	62
Aspectos éticos	63
Procesamiento de datos	63
RESULTADOS	64



Resultados Bienestar percibido	64
Resultados Autoeficacia percibida	68
Relación entre bienestar y niveles de autoeficacia percibida en adultos mayores que participan en centros de servicios sociales	69
Relación bienestar y variables sociodemográficas	70
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	75
Limitaciones	76
Recomendaciones	77
ANEXOS	78
Anexo 1. Consentimiento informado.	78
Anexo 2. Escala PERMA.	79
Anexo 3. Adaptación del cuestionario de Auto-eficacia Generalizada.	83
Anexo 4. Datos sociodemográficos.	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85



Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos de autor

Juan Fernando Aguirre Mosquera, autor del trabajo de titulación **“Bienestar y autoeficacia en adultos mayores que acuden a servicios sociales”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicólogo Clínico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 12 de septiembre del 2016

Juan Fernando Aguirre Mosquera

C.I: 0102708252



Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos de autor

Edwin Alexander Naranjo Cabrera, autor del trabajo de titulación **“Bienestar y autoeficacia en adultos mayores que acuden a servicios sociales”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicólogo Clínico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 12 de septiembre del 2016

Edwin Alexander Naranjo Cabrera

C.I: 0105040489



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

Juan Fernando Aguirre Mosquera, autor del trabajo de titulación **“Bienestar y autoeficacia en adultos mayores que acuden a servicios sociales”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 12 de septiembre del 2016

Juan Fernando Aguirre Mosquera

C.I: 0102708252



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

Edwin Alexander Naranjo Cabrera, autor del trabajo de titulación **“Bienestar y autoeficacia en adultos mayores que acuden a servicios sociales”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 12 de septiembre del 2016



Edwin Alexander Naranjo Cabrera
C.I: 0105040489



AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a la Mgst. Eva Karina Peña Contreras, quien con sus conocimientos, experiencia y motivación ha sido una guía invaluable al dirigir el presente trabajo de titulación.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a la Mgst. Sandra Eugenia Lima, Directora del Proyecto **“Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad”**, ganador del XIII Concurso Universitario de Proyectos de Investigación; a la Mst. Catalina Mora, Mst. Mónica Aguilar quienes también forman parte del equipo investigativo del proyecto y que nos dieron la apertura para desarrollar el presente trabajo y colaborar dentro del mismo.

A mi madre, Carmelita Mosquera, quiero darle el más sentido agradecimiento por haber estado presente siempre, dedicándome su apoyo incondicional, por brindarme el ánimo en aquellas horas donde sentía que mis fuerzas estaban disminuidas. Agradezco también a Eduardo Lazo Rodríguez, mi padre, de quien recibí ejemplo, valores, principios y amor incondicional y que desde el cielo aún me sigue dando fortaleza y aconsejando.

Al personal del Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM), en especial a la Socióloga Sra. Martha Ugalde por la apertura, apoyo y colaboración que nos brindó para llevar a cabo este trabajo de titulación, con una actitud cálida y profesional.

Juan Fernando Aguirre Mosquera



AGRADECIMIENTO

A mi familia y amigos que son parte importante de mi vida y especialmente a Dios, por darme la fortaleza, paciencia y dedicación para poder alcanzar esta meta.

A los docentes que me supieron transmitir sus conocimientos que muy seguramente me serán útiles a lo largo de mi vida.

Al personal del Centro de Atención al Adulto Mayores del IESS (CAAM) por su apertura y colaboración para poder llevar a cabo este trabajo.

De manera muy especial a mi Directora de tesis, Mgst. Eva Peña por su tiempo, dedicación y esfuerzo para que este trabajo de titulación haya llegado a buen término.

Agradezco también a la Mgst Sandra Lima, Mst Catalina Mora, Mst Mónica Aguilar y a todas las personas que forman parte del Proyecto **“Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad”**, ganador del XIII Concurso Universitario de Proyectos de Investigación.

Edwin Alexander Naranjo Cabrera



DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de titulación a Dios, quien ha guiado mi camino y me ha dado las capacidades y los dones para llegar a este momento y seguir adelante sirviéndolo a Él y a los demás.

A Eduardo Lazo Rodríguez, mi padre, quien fue y sigue siendo un ejemplo de valores, principios, respeto y nobleza, y quien supo brindarnos gran bienestar y hermosos momentos en vida. A mi madre, Carmelita Mosquera, quien es un apoyo incondicional y de quien me siento orgulloso por la calidad humana y calidez que brinda a todos quienes la rodeamos.

A todos mis amigos y amigas, en especial a Janeth Magali Gómez, quien con su apoyo, palabras y compañía ha llenado mi vida de sonrisas y motivación que aumentan mi fuerza y entusiasmo para alcanzar nuevas metas y ser cada día mejor.

A todas las personas de los centros de prácticas pre-profesionales, por quienes pude hacer algo y apoyarlas para que salgan adelante y alcancen equilibrio emocional y la paz mental en sus vidas.

Juan Fernando Aguirre Mosquera



DEDICATORIA

A mis padres Hugo Naranjo y Dilma Cabrera, por el apoyo incondicional y cariño que siempre me han brindado, y por sus consejos que me han sido utiles para poder alcanzar esta meta.

A mi hermana Eulalia, por su apoyo, motivación y afecto, que me ha ayudado a seguir adelante y alcanzar mis objetivos.

Edwin Alexander Naranjo Cabrera

INTRODUCCIÓN

El bienestar es un constructo amplio que ha sido estudiado desde diferentes enfoques y perspectivas, pues incluye diversos factores como los personales, familiares, sociales, biológicos, económicos, entre otros; en un principio se lo asoció a factores como apariencia física, salud, inteligencia, grado de instrucción, ingresos económicos, pero en la investigación actual ya se consideran variables subjetivas, en donde se lo toma en cuenta como una experiencia tanto externa, como interna, subjetiva emocional, biológica y psicológica de las personas. Por lo tanto, el bienestar es resultado de vivencias y experiencias donde diversas dimensiones del ser humano se desarrollan equilibradamente.

En cuanto al bienestar, la Constitución de la República del Ecuador del año 2008 considera a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, quienes deben recibir cuidados adicionales asociados a esta etapa evolutiva y tener la posibilidad de cumplimiento de sus derechos (MIES, 2013). Es de suma importancia recalcar que en esta etapa evolutiva la participación en actividades recreativas, sociales y de ocio tienen consecuencias beneficiosas para el adulto mayor, debido a que le permite mantener en buen estado sus capacidades físicas, sociales, cognitivas y emocionales, lo que a su vez repercute en una mayor percepción de bienestar en su vida.

En lo que respecta a la autoeficacia percibida, esta es definida como *“los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”* (Bandura, A., 1987); cabe recalcar que esta definición hace referencia a la opinión que el individuo tiene sobre lo que puede hacer con sus capacidades y recursos, lo que a la vez influye en las pautas de pensamientos, respuestas emocionales, elección de la actividad y cantidad de esfuerzo invertido en su realización. La inclusión del concepto de autoeficacia es reciente en el área gerontológica y es asociada a la percepción que el adulto mayor tiene respecto al control sobre diversas áreas de su vida; para estas personas la autoeficacia va más allá de la realización de tareas físicas, y más bien está asociada a la participación y solución de conflictos diarios y cotidianos.



Tomando en cuenta los aspectos considerados en párrafos anteriores, el presente trabajo se desarrolló en base a la siguiente secuencia: en primer lugar se abordan aspectos relacionados con el adulto mayor, tales como conceptualizaciones, beneficios de la actividad y los cambios que se producen en esta etapa de la vida, así como también se describen temas asociados a la jubilación, y el desarrollo psicosocial en el adulto mayor. En segundo lugar se tratan aproximaciones teóricas asociadas a los tipos y componentes del bienestar; de igual manera se describe el modelo teórico del bienestar de Martin Seligman, y aspectos relacionados con la satisfacción vital, y los afectos positivos y negativos. El tercer apartado se enfoca en la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura que incluye conceptos, fuentes de autoeficacia y características de las personas con alto y bajo sentido de autoeficacia; al final de éste apartado se mencionan aspectos relacionados con la autoeficacia en los adultos mayores. En la siguiente sección se describe la metodología utilizada en este estudio, para luego presentar el análisis y los resultados respectivos. Por último, en la discusión, se exponen las respectivas conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

EL ADULTO MAYOR

¿Quién es el adulto mayor?

La Organización Mundial de la Salud considera que la adultez mayor es la etapa de desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y culmina en el instante en que la persona fallece, y se caracteriza por ser un período de cambios en todas las áreas de funcionamiento de la persona (OMS, 2006). Por su parte, el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional del Ecuador (CNII) considera que *“las personas adultas mayores son las ciudadanas y ciudadanos que tienen sesenta y cinco años de vida o más. Esto significa que experimentan cambios en su cuerpo, en su psicología y en sus roles sociales al igual que los demás grupos poblacionales”* (CNII, 2014), por lo cual es un grupo de atención prioritaria que se diferencia por sus condiciones de salud, sociales, culturales, económicas y educativas.

Muchos adultos mayores están jubilados y reciben una pensión que les permite vivir de manera digna, pero también se dan situaciones en las cuales trabajan para conseguir ingresos económicos a través de negocios propios, otros pueden colaborar con el cuidado de los nietos u otros familiares; hay casos de personas que retoman sus estudios para ampliar y actualizar sus conocimientos académicos, otros adultos mayores se enamoran y conviven con una pareja o se casan. En muchos casos, la disponibilidad de tiempo con la que cuentan les permite dedicarse a actividades recreativas, deportivas, sociales, culturales o de voluntariado que ayudan a mejorar su calidad de vida y bienestar (CNII, 2014).

Marco normativo

El progresivo envejecimiento de la población a nivel mundial constituye uno de los mayores desafíos para la sociedad contemporánea; uno de los hechos más importantes a nivel mundial es el incremento de la esperanza de vida, especialmente en países desarrollados, como consecuencia de los avances tecnológicos, médicos y farmacológicos, que han influenciado de manera decisiva en la disminución de la mortalidad (Méndez, A. G., Desfilis, E. S., Barradas, M. L. M., & Valero, M. G. B., 2014).

La Organización Mundial de la Salud prevé que entre el 2015 y 2050, la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones a 2000 millones, lo que significa

un aumento del 12% al 22% (OMS, 2015); a su vez, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) determinó que en nuestro país, la esperanza de vida pasó de 48.3 años en 1950-55 a 75.6 años en 2010-15, lo que ha permitido que muchas personas alcancen edades mayores (CEPAL, 2012). El Ecuador es un país en fase de transición demográfica, pues los adultos mayores al 2010 representaban el 7% de la población, y al 2050 representarán el 18% (MIES, 2013), lo cual implica un significativo incremento en un lapso de 40 años.

La Constitución de la República del Ecuador, expedida en el año 2008, reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, mientras que la de 1998 las colocaba dentro de los grupos vulnerables. El concepto de vulnerabilidad ha sido cuestionado porque podría tener efectos discriminatorios. El reconocer a estas personas como “grupo de atención prioritaria” implica una responsabilidad adicional de cuidado orientado a ellos y la posibilidad de exigencia de sus derechos (MIES, 2013).

El Art. 36 de la Constitución expresa que: *“Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.”* (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

La actividad y el ocio como fuente de bienestar en el adulto mayor

Durante muchos años el ocio ha sido considerado como aquello que se hace con el tiempo que queda luego de trabajar, pero el ocio es actividad hacia la cual el individuo volverá a voluntad, ya sea para hacer uso libre de sus capacidades creativas, por diversión, relajación, incrementar conocimientos o por lograr contacto social espontáneo (Herrero, V.G., 2008).

La participación en actividades recreativas o de ocio tiene consecuencias beneficiosas en el adulto mayor, pues capacita a la persona para relacionar su comportamiento con sus propias capacidades incrementando su bienestar, autoeficacia y percepción de control. Las personas mayores responden de manera similar y efectiva a las situaciones cotidianas como

lo hacían en etapas anteriores de su vida, es decir que, el mantener un estilo de vida activo les ayuda a conservar relativamente sus capacidades logrando una mejor adaptación al entorno (García, M., 2002).

El envejecimiento activo

La Organización Mundial de la Salud define como envejecimiento activo al *“proceso de aprovechar y mejorar las oportunidades para tener un bienestar físico, social y psíquico durante el curso de la vida, con el fin de extender la esperanza de vida sana de la persona”* (OMS, 2001). Este concepto ha ido cambiando desde la definición que asocia el envejecimiento saludable con la salud física (WHO, 1990), hacia otra más integrativa que la define como *“el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen”* (WHO, 2002).

El envejecimiento activo es la base para el reconocimiento de los derechos humanos de los adultos mayores, en cuanto a participación, atención, dignidad, autoeficacia e independencia, de modo que, para lograr un envejecimiento óptimo y saludable, hay que tomar en cuenta variables económicas, sociales, físicas, personales y comportamentales que definen el grado en que el adulto mayor percibe y experimenta su bienestar personal.

En el Ecuador, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), es el principal organismo rector que mediante políticas y actividades promueve el envejecimiento activo en adultos mayores a través de proyectos sociales y recreativos que les permita mantener una mejor interacción social, mediante la realización de actividades recreativas, ocupacionales y culturales en los diversos centros públicos que existen a nivel nacional; este organismo está también encargado de vigilar que éstas políticas se cumplan en otros establecimientos de atención que son administrados por entidades públicas e instituciones privadas que buscan promover el bienestar en los adultos mayores (ANDES, 2013).

La mayoría de las personas piensan que al llegar a los 65 años pasó la etapa de involucrarse en actividades físicas, sociales y recreativas, razón por la cual muchos adultos mayores permanecen solos en casa, lo cual les provoca depresión, problemas de salud, pérdida de memoria y bajo estado de ánimo. Para contrarrestar éstos problemas, entidades

públicas como los municipios, IESS y privadas han creado espacios donde se ofrecen programas de actividad física, recreativa, cognitiva y social, para mantener a esta población conectados e involucrados con gente de su edad (El Comercio, 2014).

Los objetivos de las políticas de acción deben estar orientadas a extender la esperanza de vida, la productividad y el bienestar a edades avanzadas, mediante la promoción de actividad física y cognitiva, espacios de interacción social para la participación en actividades recreativas, culturales, educativas, sociales o de voluntariado.

Beneficios de la actividad en el adulto mayor

La Teoría de la actividad (Havighurst, R., & Albrecht, R., 1953), manifiesta que *“la realización de un elevado número de roles sociales e interpersonales se correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor”*. Desde este punto de vista, las personas adultas mayores tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas que los adultos jóvenes, en cuanto a llevar un estilo de vida activa que les permita sentirse útiles y adaptados para sí mismos y para la sociedad. Asimismo, los adultos mayores que realizan diversas actividades viven mejor, más adaptados, con una mejor esperanza de vida percibiendo un mayor bienestar, ya sea porque continúan con las mismas actividades o alternan con otras tareas nuevas de acuerdo a su situación y etapa evolutiva actual.

Para que la persona envejezca de manera satisfactoria y se adapte a las nuevas situaciones, la teoría de la actividad manifiesta que los adultos mayores deben resistirse a las restricciones propias de la edad y los motiva a participar en diversas actividades donde puedan interactuar de manera individual o colectiva, mejorando sus relaciones interpersonales y sociales que induzcan beneficios positivos en su salud física, mental y emocional.

Los seis principales beneficios que pueden obtener los adultos mayores de las actividades de ocio, según (Verduin Jr, J., & McEwen, D., 1984) son:

- **Beneficios fisiológicos.-** El participar de manera regular en actividades que involucran movimiento corporal contribuye a mejorar la salud y el bienestar físico de las personas. Además, son más productivos y se desempeñan mejor en otras actividades, tales como las laborales, en comparación con aquellos que realizan poca o nula actividad física.
- **Beneficios sociales.-** Cuando los adultos mayores comparten actividades recreacionales y sociales comunes, desarrollan buenos sentimientos de afiliación y compañerismo, y, son capaces de establecer nuevas relaciones sociales e interpersonales de forma más rápida e íntima en comparación con las que ya han tenido antes.
- **Beneficios de relajación.-** Ciertas actividades de ocio le permiten al adulto mayor experimentar un sentimiento de tranquilidad y quietud al liberar tensiones, logrando una sensación de escape y alivio que le permitan sentirse como nuevo, mediante un equilibrado gasto de energía física y mental.
- **Beneficios educativos.-** La curiosidad, interés y participación en actividades intelectuales como el arte, humanidades, ciencias sociales, recreacionales o tecnológicas, incrementa el deseo por aprender más acerca de ellas, permitiendo que los adultos mayores mantengan sus funciones cognitivas y/o potencien sus capacidades mentales, además de lograr que disfruten de actividades que involucren el aprendizaje.
- **Beneficios psicológicos.-** El llevar a cabo actividades de ocio conlleva en los adultos mayores beneficios en su autoestima, estado anímico y autoeficacia; además, desarrolla en ellos sentimientos de placer y consecución o logro que influyen, de manera positiva, a la valoración de sí mismo y a su estabilidad emocional.
- **Beneficios estéticos.-** El adulto mayor suele sentir gran satisfacción y un sentimiento emocional profundo provocado por la música, la danza, el arte, la pintura, el baile o cualquier actividad que involucre la apreciación de belleza, ya sea que provenga de la naturaleza o que sea de creación humana.

Cuando el adulto mayor realiza actividades recreativas o de ocio, obtiene beneficios y logra consecuencias gratificantes, pues se va a sentir a gusto y quedará con una sensación agradable, además de mantener y mejorar sus capacidades físicas y cognitivas de forma recreativa, utilizando de forma óptima su tiempo libre. Asimismo, la actividad misma genera interés, es motivante e integradora, pues el adulto mayor puede realizarla de manera participativa, con otras personas para sentirse parte de un grupo social.

Las actividades en el adulto mayor

La práctica de actividades de ocio o recreativas en el adulto mayor es esencial para mantener hábitos de vida saludable, tanto a nivel físico, como psicológico; pues, por lo general estas personas están jubiladas, realizan labores del hogar, cuidan a los nietos, permanecen en su casa, o en muchos casos se da el aislamiento que conlleva malestar, por lo que involucrase en este tipo de actividades constituye una buena estrategia para mantener el bienestar, mejorando su calidad de vida.

Actividades físicas

El termino actividad física hace referencia a *“una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, tareas domésticas pesadas, la jardinería y el baile”*. Dentro de este grupo se incluye al ejercicio como un tipo de actividad física, el cual se define como movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos que tienen el propósito de mantener o mejorar un componente específico del estado físico (OPS/OMS, 2002).

Los adultos mayores que realizan ejercicio viven mejor sus vidas, ya que el bienestar percibido no consiste en un estado mental, sino más bien, es un estilo de vida. La actividad física que llevan a cabo les ayuda a reducir el riesgo de diversas enfermedades crónicas, previene caídas y disminuye la depresión. El ejercicio diario aumenta sus capacidades para realizar las actividades cotidianas, les ayuda a mantener una buena salud mental y mejora las posibilidades de vivir más tiempo (Homewatch Caregivers, 2006).

La actividad física en los adultos mayores debe centrarse en ejercicios que complementen y fortalezcan sus capacidades, lo cual implica que las actividades serán no

solo para su diversión, sino para mantener un buen funcionamiento físico y mental, por lo que es recomendable que el adulto mayor practique gimnasia, natación, ciclismo, yoga, entre otras actividades. Estos ejercicios y actividades pueden ayudar a los adultos mayores a mantener o restablecer en parte la fuerza, equilibrio, flexibilidad, y la resistencia, mejorando su bienestar y calidad de vida.

Actividades sociales

El hecho de que los adultos mayores no cuenten con una red de personas para apoyarles y ayudarles a encontrar los recursos que necesitan para estar activos socialmente, provoca que muchos de ellos decidan vivir de forma independiente y aislada. En estos casos estas personas generalmente presentan deterioro de la salud mental, disminuyendo su disposición para realizar actividades o ejercicio, es decir, la desconexión social se asocia a la mala salud física, aumentando su predisposición a enfermedades, consumo de cigarrillo y alcohol.

También existen casos en que los adultos mayores deciden tener una vida social activa, participando en la comunidad, buscan espacios y actividades de recreación que les permitan tener mayor interacción social, mejorando sus relaciones interpersonales lo cual tiene un efecto positivo en el bienestar físico, mental y emocional. El hecho de involucrarse en actividades de índole social ayuda a que se sientan elementos útiles de la sociedad, colaborando en la búsqueda de soluciones y alternativas a las situaciones cotidianas de su entorno personal y social (Homewatch Caregivers, 2006).

Actividades recreacionales

La recreación es una fuente de bienestar y una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales que vienen con la edad, ya que permite motivar y establecer nuevas metas, intereses y estilos de vida al mejorar la calidad de vida del adulto mayor mediante su involucramiento en actividades creativas, estimulantes y significativas para él.

Un concepto que lo tomamos en cuenta para ésta investigación, es el del profesor norteamericano Harry Overstrut, citado por Sánchez y Pérez (1997), quien plantea que *“la recreación es el desenvolvimiento placentero y espontáneo del hombre en el tiempo libre, con*

la tendencia a satisfacer ansias psicoespirituales de descanso, entretenimiento, exposición, aventura y socialización” (Pérez, A., 1997).

La actividad recreativa aplicada a programas centrados en el adulto mayor, debería incluir objetivos integradores y potenciadores de las capacidades, habilidades y destrezas del individuo, ya que a más de ser un integrador social, están presentes aspectos personales que son componentes intrínsecos del bienestar, y que permiten lograr la satisfacción de necesidades, tanto individuales como grupales.

La recreación es un generador de múltiples beneficios en el adulto mayor (Calzado, A., Cortina, M., & Onidia, B., 2010), entre los que podemos mencionar:

- Potencia la creatividad, la expresión corporal, la capacidad estética y artística.
- Favorece el funcionamiento psicomotriz, la fuerza, equilibrio, flexibilidad y resistencia contrarrestando las disminuciones y limitaciones físicas.
- Fomenta el contacto, comunicación, amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- Sirve de medio para afrontar las tensiones y el estrés propios de ésta etapa de la vida.
- Promueve sentimientos de utilidad y autoestima al mantener la capacidad de disfrute lúdico y apertura hacia nuevas actividades de interés personal.
- Fomenta el uso productivo del tiempo libre.
- Proporciona bienestar y satisfacción personal.

Las alternativas de recreación son variadas, entre las cuales se encuentran las actividades artísticas, culturales, pedagógicas, deportivas, ambientales, comunitarias, siempre tomando en cuenta el contexto y cultura de la persona. La finalidad de las actividades recreativas en el adulto mayor, es el fomento de un estilo de vida saludable que propicien el bienestar y lo involucren en acciones que le sirvan como instrumento para su crecimiento y autodeterminación que le permitan integrarse y formar parte de la vida comunitaria y social.

Actividades ocupacionales

Se entiende como las diferentes actividades diarias que las personas realizan, y a las que le atribuyen un significado y una relevancia que les permite desempeñar sus roles e integrarse a la sociedad; en este sentido, la terapia ocupacional se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud física y mental, por medio de la ocupación, logrando bienestar y satisfacción de necesidades personales y sociales en los adultos mayores; este tipo de actividades permiten que los adultos mayores tengan un estilo de vida saludable, den un buen uso a su tiempo y fomentan una vida activa diaria que permite entrenar sus capacidades cognitivas y físicas (Gajardo, J., 2011).

La terapia ocupacional es la disciplina que busca promocionar la salud y el bienestar utilizando como medio la ocupación, fomenta la capacidad de las personas para participar en actividades de la vida cotidiana, productivas y de ocio, permitiendo que las personas realicen tareas que optimizaran sus capacidades participativas y modificando su entorno para que este refuerce su participación (Berrezueta, L., Ojer, M., & Trébol, A., 2009).

La ocupación en sí, no es una actividad aislada, debe estar conectada a las actividades cotidianas del adulto mayor que le ayuden a cubrir demandas y necesidades personales, sociales, familiares y de la comunidad. La actividad ocupacional como medio de intervención debe ser elegida por el adulto mayor, estar relacionada por sus capacidades volitivas, llevarse a cabo en ambientes agradables y familiares, tomando en cuenta las capacidades y potencialidades de la persona, la demanda de tareas y el entorno donde se desempeñe el adulto mayor (Ávila, M., Febles, J., & Pereira, Y., 2009).

En definitiva, la actividad ocupacional en el adulto mayor, tiene un alto valor simbólico y significativo, al promover su expresión individual, el desarrollo de su propia identidad y al establecer vínculos interpersonales, sociales y culturales que promuevan su salud física y psicológica, ayuden a prevenir caídas y/o la aparición de enfermedades.

Actividades de creatividad y desarrollo cognitivo

La creatividad como capacidad para generar ideas o resolver problemas, está directamente relacionada al desarrollo de las personas, siendo parte importante del potencial

humano, que le permite transformar, cambiar y mejorar su vida. Para el caso de los adultos mayores, lo más importante es la exploración y el descubrimiento, más no la creación de nuevos productos, el planteamiento de nuevas cuestiones o la definición de nuevos problemas (Gardner, H., 2010).

La práctica de actividades artísticas, creativas y cognitivas es muy importante en los adultos mayores, puesto que la actividad sensorial no es solo mental, sino, que tiene su inicio en la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto, permitiendo que estas personas presten atención a lo que captan sus sentidos, con lo cual experimentan sensaciones y una percepción de su entorno de manera sensorial, fortaleciendo así sus funciones cognitivas en áreas relacionadas con el arte, el aprendizaje y la cultura.

A través de los sentidos el adulto mayor entra en un proceso de integración con el mundo, se conecta con su parte emocional y afectiva, retomando recuerdos y experiencias pasadas que le ayudan a tener una mejor calidad de vida, generándole bienestar; y, si añadimos actividades constructivas de creación o producción propia derivadas del intercambio artístico con el medio que le rodea, logramos involucrar al adulto mayor con su contexto, con lo que se consigue fomentar la actividad, haciendo que se sienta útil, aceptado y valorado por los demás (Carrascal, S., & Solera, E., 2014).

Cambios relacionados con la edad en el adulto mayor

El adulto mayor es considerado persona “vulnerable” debido a que su organismo necesita más tiempo para recuperarse de cualquier proceso que altere su salud, pero, al mismo tiempo, la persona de edad avanzada desarrolla mecanismos de adaptación y estrategias que compensan sus carencias, lo que le permite llevar una vida diaria con relativa autonomía (Gerrig R. J., & Zimbardo P. G., 2005) si cuentan con el apoyo social y familiar que atienda adecuadamente las necesidades que se le presentan en ésta etapa de la vida.

El proceso de envejecimiento viene acompañado de una serie de cambios que afectan aspectos físicos y psicológicos en el adulto mayor, pero, también se dan importantes transformaciones en su rol familiar, social y laboral. Para la superación de las dificultades y pérdidas que se van presentando debido a la edad, y para adaptarse a los cambios que van

surgiendo, es imprescindible que el adulto mayor cuente con un adecuado apoyo emocional, social y familiar.

Cambios biológicos en el adulto mayor

Conforme avanza la edad, a nivel orgánico se producen cambios biológicos y celulares que afectan a todos los sistemas corporales, sensoriales, aparatos, tejidos y órganos. Los cambios que se van presentando afectan a la morfología de los órganos que van cambiando su tamaño de forma gradual y progresiva; asimismo, la función que realizan se va deteriorando alterando su efectividad, lo que tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad para realizar su trabajo, y el organismo, ante un evento estresante o inesperado, ya no responde con la misma agilidad ante las necesidades ambientales o corporales.

Muchos de estos cambios son propios del envejecimiento y se dan a un ritmo e intensidad diferentes, lo que implica que cada persona envejece de forma única. A continuación, y tomando como guía el libro texto “Psicología y vida” de (Gerrig R. J., & Zimbardo P. G., 2005), se citan los cambios biológicos que se producen en ésta etapa evolutiva:

Cambios en los sistemas sensoriales

- **Visión.-** Se produce la disminución del tamaño de la pupila, el cristalino tiene menor transparencia y mayor espesor que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina empeorando la visión lejana; además, disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.
- **Audición.-** En personas de edad avanzada, su sentido auditivo tiene menor agudeza para detectar las frecuencias altas (tonos agudos), lo cual deteriora su capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales; esta es la razón por la cual las personas mayores tienen más problemas al oír voces femeninas, pues éstas son más agudas.

- **Gusto y olfato.-** La sensibilidad para discriminar sabores salados, dulces y ácidos disminuye debido al deterioro de las papilas gustativas, y se da también la pérdida de la capacidad para discriminar los olores de los alimentos.
- **Tacto.-** Los cambios que se producen en la piel son observables a simple vista, por lo cual es evidente la aparición de arrugas, manchas, flacidez, sequedad, debido a transformaciones internas, disminución de la producción de colágeno, pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

Cambios en los sistemas orgánicos

En el libro “Psicología y vida” de (Gerrig R. J., & Zimbardo P. G., 2005), los autores describen los siguientes cambios estructurales y orgánicos que se producen en el adulto mayor:

- **Estructura muscular.-** Se produce la pérdida de masa muscular y atrofia de las fibras musculares que disminuyen en peso, número y diámetro, lo cual trae consigo el deterioro de la fuerza muscular.
- **Sistema esquelético.-** Disminuye la densidad de los huesos, se vuelven más porosos y quebradizos; además, debido a la desmineralización los huesos se tornan más frágiles y propensos a las fracturas. Estos cambios afectan más a las mujeres debido a la mayor pérdida de calcio, factores genéticos u hormonales (menopausia), consumo de cigarrillo y alcohol, malos hábitos alimenticios, inactividad física, etc.
- **Articulaciones.-** Se reduce su flexibilidad y se tornan menos eficientes; existe mayor rigidez articular provocada por la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos que son las tres estructuras que conforman las articulaciones; la principal consecuencia es el dolor articular.
- **Sistema cardiovascular.-** Se produce aumento del ventrículo izquierdo, acumulación de grasa, alteraciones del colágeno que provocan endurecimiento de las fibras musculares y pérdida de la capacidad de contracción. Las válvulas cardíacas

se tornan más gruesas y menos flexibles, por lo que van a necesitar más tiempo para llenarse. Los vasos sanguíneos se estrechan, pierden elasticidad y acumulan lípidos en las arterias que van a dificultar el paso de la sangre. Estos cambios provocan menor aporte de oxígeno al torrente sanguíneo, siendo ésta la razón por la cual disminuye la fuerza y la resistencia física en general.

- **Sistema respiratorio.-** Su rendimiento se ve disminuido debido a varios factores, entre los cuales se encuentran la atrofia y debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos de la caja torácica y columna vertebral, y, el deterioro del tejido muscular (bronquios) que provocan la disminución del aporte de oxígeno en la sangre, dando como consecuencia la aparición de enfermedades respiratorias.
- **Sistema digestivo.-** Se produce la reducción del metabolismo de nutrientes en el intestino delgado y el estómago, lo que provoca que la digestión se torne dificultosa; además, se da la pérdida de piezas dentales que son importantes para la buena masticación de los alimentos, disminuyen los movimientos esofágicos de contracción y relajación que son necesarios para facilitar la deglución; se reduce la capacidad de secretar enzimas digestivas, se produce atrofia de la mucosa intestinal, razón por la cual es menor la absorción de nutrientes. La disminución del tono muscular y del movimiento peristáltico intestinal producen menor masa y frecuencia de eliminación de sólidos y, por lo tanto, estreñimiento. En las personas mayores hay mayor incidencia de cálculos biliares (vesícula), y, menor tamaño y eficiencia del hígado.
- **Sistema excretor.-** Los riñones tienen menor capacidad para eliminar productos de desecho, razón por la cual aumenta la frecuencia miccional del organismo y también se vuelve frecuente la incontinencia.

Cambios sociales

Cuando las personas llegan a la adultez mayor, sus roles sociales, es decir, las funciones y comportamientos definidos social y culturalmente que cumplen o ejercen, van cambiando;

es la misma sociedad la encargada de que el individuo abandone algunos de los roles que ha desempeñado a lo largo de su vida, y esta nueva situación provoca que su comportamiento y conductas sociales cambien dependiendo de la actividad desempeñada hasta este momento, y del rol o estatus social (Gerrig R. J., & Zimbardo P. G., 2005).

La disminución de actividades en el adulto mayor deteriora lentamente sus relaciones sociales debido al cambio de roles y a la desvinculación con su entorno que producen dificultades en la adaptación y aceptación de su nuevo estatus. En la Tabla 1 (tomado de Gerrig y Zimbardo, 2005), se citan tres teorías que buscan explicar los cambios psicosociales asociados al envejecimiento:

Tabla 1.

Teorías sobre cambios sociales ligados al envejecimiento

	Teoría de la desvinculación	Teoría de la actividad	Teoría de la continuidad
Autor	Cumming y Henry (1961)	Tartler (1961)	Atchley (1971)
Fundamentación	Lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones.	A mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p. ej., jubilación).	Continuidad en los estilos de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad.
Aspectos que no considera	Importancia de los factores endógenos (de dentro de la persona o de su medio). Desvinculación selectiva (sólo de algunos aspectos). Desvinculación transitoria en determinados períodos.	No todos poseen la capacidad suficiente para reorganizar su actividad tras la jubilación. La falta de refuerzos positivos de la sociedad conlleva desesperanza.	

Comparando éstas teorías, podemos deducir que:

- La falta de actividad social o su disminución no aparece en las personas mayores de manera repentina, lo habitual es que dicha actividad se vaya reduciendo poco a poco con el paso del tiempo.

- En el adulto mayor, al reducirse la frecuencia de sus relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, por lo cual se dedica más tiempo y esfuerzo para mantenerlas.
- La calidad de las interacciones que tiene el adulto mayor es más determinante que la cantidad de las mismas.

Cambios psicológicos

La adultez mayor es una etapa en la cual no sólo se le debe proporcionar un trato igual a la persona, como cuando era joven, sino mucho mejor, pues los adultos mayores son personas que requieren mayor cuidado, cariño y atención, debido a todos los cambios que no les son fáciles de afrontar.

Entre los riesgos psicológicos que se presentan en el adulto mayor, encontramos la depresión o el desgaste emocional debido a diversas pérdidas que se les van presentando, como son: la viudez, jubilación, el deterioro de su salud, la merma de la capacidad de movilidad o la pérdida de seres amados que les va sumiendo en una gran soledad, lo cual ocasiona también una sensible y progresiva disminución de las cualidades de la actividad mental (Gerrig R. J., & Zimbardo P. G., 2005).

Conforme avanza en edad, en el adulto mayor se van modificando los rasgos de personalidad, el carácter y su temperamento, siendo así que, aquellos que tuvieron una adultez inmadura no logran desarrollar las habilidades necesarias para adaptarse fácilmente a sus nuevas condiciones de vida y muestran una marcada tendencia a la desconfianza, egoísmo, la crítica severa, especialmente hacia los jóvenes, y suelen reaccionar de forma temperamental hacia sus familiares y al entorno social. En cambio, aquellos que tuvieron una adultez madura, se adaptan de mejor manera a la nueva situación, logrando elevados niveles de optimismo, generosidad y buen humor, debido a que se van acentuando los rasgos que distinguieron el carácter de su etapa evolutiva previa, la adultez media (Dueñas, N., s.f.).

Cambios en la actividad laboral

El retiro laboral

El retiro de la actividad laboral implica la transición del rol de persona trabajadora al papel de persona no trabajadora o jubilada. Este retiro, ya sea por jubilación o por incapacidad física o psicológica, implica uno de los cambios de estatus más significativos en la etapa de transición hacia la adultez mayor, puesto que la persona debe lidiar con la pérdida de la actividad laboral que realizó durante muchos años, y que era el eje central de su vida; se da el alejamiento del grupo social con el cual ha compartido gran parte de su tiempo, y, de igual forma, se aparta de las funciones que ha cumplido en la sociedad, lo que implica la eventual pérdida o disminución de sus ingresos económicos, de identidad profesional y de interacción laboral (Alpízar, I., 2011).

Para el caso de las personas que están cercanas a su jubilación o retiro laboral, el dejar de trabajar es una decisión crucial en su vida por las implicaciones que conlleva el cambio de estatus, ya que se da el deterioro de su situación económica, vienen cambios emocionales y psicológicos, tanto en sus relaciones familiares, como sociales, debido al nuevo rol que tiene que asumir y que transforma sus actividades.

La jubilación

Según la vigesimotercera edición del diccionario de la lengua española (2014), “jubilarse” significa “*disponer que, por razón de vejez, largos servicios o imposibilidad, y generalmente con derecho a pensión, cese un funcionario civil en el ejercicio de su carrera o destino*”; por lo tanto, la jubilación hace referencia al derecho que adquieren las personas que alcanzan una determinada edad, por lo general, los 65 años, o que han sido afectadas en su salud física o psíquica, de modo que no pueden continuar llevando a cabo su actividad laboral, por lo cual han sido apartadas de su profesión o de los roles que desempeñaban en su trabajo, y que por estas mismas circunstancias adquieren el derecho a una retribución económica por los años de servicio prestados.

La jubilación comprende varias dimensiones, entre las cuales tenemos: la jurídico – legal, asociada a las normas y leyes vigentes para el entorno laboral en cada país; la

económica, relacionada con el pago de una pensión que por derecho recibe el beneficiario; la social, que tiene que ver con el cambio de estatus producido por el distanciamiento del ambiente laboral; y, la psicológica, vinculada a las modificaciones que este nuevo estado genera en el diario vivir y la reestructuración de las relaciones, tanto familiares, como sociales (Sirlin, C., 2007).

Parafraseando a Gerardo Hernández (2008), la jubilación supone la reducción del poder adquisitivo debido a que las pensiones son inferiores a los ingresos habituales antes recibidos, y también, un aumento del aislamiento social; de hecho, implica la interrupción de la vida laboral, el replanteo de la vida y relaciones familiares, la disponibilidad de más tiempo libre, la necesidad de ocupar el abundante ocio; pero, también supone la posibilidad de dedicar ese tiempo libre a diversas actividades, aprovecharlo para compartir con la pareja y la familia, hacer cosas que siempre quiso hacer, pero para las cuales no había ni la oportunidad ni el momento, gestionando adecuadamente el tiempo de ocio logrando que éste sea dinámico, creativo y bien utilizado (Hernández, G., 2008).

Por lo tanto, la reacción a la jubilación varía de una persona a otra, lo cual va a depender de múltiples factores que condicionan el afrontamiento positivo o negativo para lograr una adecuada adaptación, entre los cuales se destacan: las condiciones sociales, el tipo de trabajo realizado, nivel de salud e ingresos económicos, factores psicológicos y físicos que inciden en su vivencia y percepción respecto a la jubilación.

Fases de la jubilación

Robert Atchley considera que la jubilación es un proceso continuo que inicia antes de que la persona se aparte del ámbito laboral y está conformado por las siguientes fases: Prejubilación, jubilación, desencanto, reorientación y estabilidad (Atchley, R., 1975), pero, este autor manifiesta que no todas las personas pasan cada una de estas fases de manera secuencial, pues se dan casos en que experimentan solo algunas de ellas.

A continuación se describen las cinco fases de la jubilación, según Atchley, citado por (Aymerich, M., Planes, M., & Gras, M., 2010):

- **Fase de prejubilación.-** Tiene lugar antes del retiro de la actividad laboral y se caracteriza por la presencia de expectativas anticipatorias y fantasías de cómo sería su vida de jubilado estando todavía activo.
- **Fase de jubilación.-** Se inicia una vez que se ha hecho efectivo el retiro, y puede ser experimentada de tres maneras posibles: como una luna de miel o periodo de euforia y liberación asociada al abandono de sus obligaciones laborales; como una continuidad de las actividades de ocio planificadas y grupos sociales anteriores a la jubilación; o, simplemente como un periodo de relax y descanso asociado al fin de vida laboral de manera opuesta a lo que sucede en la luna de miel. Es importante desatacar que no todas las personas suelen experimentar el periodo de luna de miel.
- **Fase de desencanto.-** Ante el no cumplimiento de sus expectativas, la persona percibe un cierto desengaño, pues comprueba que el día a día como jubilado no se corresponde con sus fantasías iniciales, lo que le provoca una disminución de su entusiasmo inicial; se siente inútil al no tener nada productivo que hacer o se agotó de tantas actividades realizadas al alcanzar la jubilación.
- **Fase de reorientación.-** Se da el abandono progresivo de las fantasías, tanto positivas como negativas, asociadas a la jubilación, y se va logrando una perspectiva más acorde a la realidad en cuanto a las posibilidades y limitaciones sociales y económicas que se dan a consecuencia de este nuevo estatus.
- **Fase de estabilidad.-** En esta fase se desarrollan medios de afrontamiento ante la nueva situación, las personas logran adaptarse a las nuevas actividades, se estabilizan psicológicamente y van acomodando sus rutinas diarias en relación a su nuevo estatus de jubilado.

Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Erikson plantea esta teoría partiendo de concepciones psicoanalíticas, considerando el ambiente social como importante e influyente en el desarrollo de la persona. Este autor postula la existencia de ocho fases evolutivas que se extienden a lo largo de todo el ciclo

vital, indicando que, el progreso que se de en cada estadio va a depender de los éxitos o fracasos que se hayan dado en los estadios anteriores; si se pasa adecuadamente de una etapa a otra, las personas alcanzan virtudes o fortalezas que les permite tener un mejor desarrollo del yo; por el contrario, si no se pasa adecuadamente un estadio, en el futuro se podrían dar malas adaptaciones o malignidades que pueden poner en riesgo el desarrollo que aún le falta por recorrer (Erikson, E., 2000).

Así mismo, en su teoría considera que el desarrollo del ser humano, surge de la forma como se resuelven los conflictos sociales durante los puntos de interacción claves en el paso de una etapa a otra, de tal manera que, las crisis que surjan de acuerdo a un momento de maduración, deberán ser resueltas satisfactoriamente para un desarrollo sano del yo (Craig, G., 1997).

Para Erikson, *“la resolución exitosa que se de en cada crisis requiere del balance de un rasgo positivo y su rasgo negativo correspondiente, pero es primordial que la cualidad positiva debe primar sobre la negativa”* (Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R., 2005); la superación de la crisis en cada estadio, permite que la persona desarrolle virtudes de acuerdo a su etapa evolutiva, lo cual supone un crecimiento personal y constituirá la particularidad de cada individuo.

La octava etapa del desarrollo según Erikson: Integridad vs Desesperanza

Esta es la última etapa de la vida que menciona Erikson, la misma que va desde los 60 años hasta la muerte, y está caracterizada por ser *“el momento de voltear atrás y juzgar la vida, es un retraimiento de la persona sobre sí misma, hay todo un interés por la intimidad y por evaluar lo que se ha hecho a lo largo de la vida”* (Craig, G., 1997); es decir, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza.

Erikson considera que uno de los dos aspectos que se encuentran en crisis en esta etapa es la integridad, la cual implica la unificación de toda la personalidad con el yo como principal fuerza determinante. En este estadio se le da un orden y significado a las experiencias y a las cosas vividas; es una experiencia que trasmite a la persona cierto orden

del mundo y un sentido espiritual, sin importar cuan costoso sea, es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo ineludible.

La integridad tiene la función de promover el contacto con el mundo, con las cosas y sobre todo con la gente; de igual manera, la muerte pierde su carácter atormentador ya que posiblemente habrá la capacidad de sentirse conforme frente a lo vivido, sin preocuparse por lo que sucederá, pues, se consolida la sensación de trascendencia en cuanto a lo logrado a través de la vida (Erikson, E., 2000).

Dicho de otra manera y como lo manifiesta Nelson Bordinon (Bordinon, 2005), el trazo sintónico de este estadio es el de la integridad lo cual significa:

- La aceptación del sí de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial.
- La integración emocional de la confianza, autonomía y demás fuerzas sintónicas alcanzadas de manera exitosa en los estadios anteriores.
- La vivencia del amor universal como experiencia que resume su vida y su trabajo.
- Convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad.
- Confianza en sí mismo y en las nuevas generaciones, lo que les ayuda a sentirse tranquilos para presentarse como modelos de vida ante la muerte que tienen que enfrentar.

Las conquistas de integridad alcanzadas en este estadio permiten desarrollar la virtud que Erikson llama sabiduría, considerándolo un regalo para los hijos, dado que los niños no temerán a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte. Es así que las personas deben sentirse agradecidas de ser sabias, ya que esto recuerda los saberes acumulados en el transcurso de la vida, la capacidad de juicio maduro, la comprensión de los significados de la vida, y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas (Boeree, G., 2005).

Durante este estadio la característica que entra en conflicto con la integridad es *“la desesperación, que expresa que ahora el tiempo que queda es corto para intentar otra vida o*

para probar caminos alternativos hacia la integridad” (Erikson, E., 2000). En esta etapa surge un malestar consigo mismo, y lo primero que se da es el distanciamiento social, tomado como un sentimiento de inutilidad biológica debido a la disminución progresiva de las capacidades motoras y psíquicas, esto junto a la aparición de enfermedades; el cuerpo ya no responde como antes, los amigos y familiares van falleciendo, con lo cual aparecen las preocupaciones relativas a la muerte, lo que contribuye a la aparición de la desesperanza, y como respuesta de afrontamiento el adulto mayor empieza a recordar y preocuparse por el pasado.

Según Salvarezza, los aspectos que pudieron haber fracasado para llegar a la desesperanza serían: las perturbaciones en el desarrollo o las alteraciones de un estado de equilibrio que adquieren connotaciones de crisis que por diversos factores internos o externos a la persona, y que no se lograron superar en determinado momento de acuerdo al estado evolutivo (Salvarezza, L, 1996).

En conclusión, si esta etapa transcurre adecuadamente con la suficiente integridad permite a la persona desarrollar la virtud de la sabiduría, con la cual va a evaluar su vida y la va a aceptar por lo que ésta es; por el contrario, si la persona en esta etapa no desarrolla una integridad adecuada, puede caer en la desesperación al no encontrarle un significado a su vida.

EL BIENESTAR

Durante muchos años el bienestar fue considerada una variable objetiva que se podía medir a través de las condiciones físicas y económicas de la persona, y que estaba asociado a la apariencia física, salud, inteligencia o grado de instrucción; pero, la investigación actual sobre el tema afirma que el bienestar no sólo está relacionado con las variables antes mencionadas, sino que tiene mucho que ver el sentir y la percepción subjetiva que la persona hace de su vida (Pavón, M., 2011).

El bienestar ha sido definido como “experiencia emocional placentera” (Diener, E., 1994), y está determinado por un complejo proceso autoevaluativo, el mismo que incluye una

valoración positiva de la vida y el predominio de afectos positivos sobre los negativos (Diener, E., 1984).

Algunas investigaciones (Salanova, M., et. al., 2005) señalan que el bienestar es el resultado de la percepción sobre logros alcanzados en la vida y el grado de satisfacción personal con lo que se ha hecho, se está haciendo o puede hacerse, lo cual coincide con Diener (1984), para quien, la experiencia frecuente y prolongada del afecto positivo en la persona, así como la baja frecuencia y corta duración del afecto negativo son indicadores determinantes de bienestar.

Deducimos entonces que, el término bienestar lleva implícito la íntima relación entre lo cognitivo y lo afectivo en los individuos, por lo que muchos autores definen al bienestar desde una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su nivel de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida en los cuales predominan estados de ánimo, ya sean estos positivos o negativos.

El bienestar no está conformado solamente de aspectos subjetivos, sino también elementos reactivos, transitorios, vinculados a la experiencia emocional, y también elementos estables que son la expresión del ámbito cognitivo de las personas, de lo valorativo, y, ambos están ligados estrechamente y muy influidos por la personalidad y por el entorno y las circunstancias medioambientales, en especial las más estables (García, C., & González, I., 2000).

Al bienestar se lo suele asociar con términos como felicidad, satisfacción personal, calidad de vida, lo cual puede generar confusión al momento de utilizarlos. Con el fin de superar la confusión de términos, el bienestar ha sido definido desde un enfoque integrador, por lo que (Ryan, R. M., & Deci, E. L., 2001) propusieron una organización de dos tradiciones: la **hedónica**, asociada al estudio del **bienestar subjetivo**; y, la **eudaimónica**, que se enfoca en el estudio del **bienestar psicológico**.

Bienestar hedónico

Este enfoque de felicidad ha tenido amplia aceptación y difusión entre los teóricos occidentales desde hace mucho tiempo, y se centra en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida. Es así que la filosofía occidental en sus orígenes concibe la felicidad como el estado de armonía que se alcanzaba cuando entraban en equilibrio las energías o fuerzas, estas ideas se hallan en base a las concepciones de Hipócrates sobre la salud física vista como el balance o equilibrio entre los fluidos del cuerpo (González, V., 2008).

Las concepciones teóricas de esta perspectiva teórica se inician en el siglo IV a.C. por el filósofo griego Aristipo de Cirene para el cual la meta de la vida es experimentar la máxima cantidad de placer, siendo la felicidad la totalidad de los momentos hedónicos de la persona, y llega a su mayor esplendor con las disertaciones y enseñanzas éticas de Epicuro. Desde la perspectiva visionaria de estos pensadores, la felicidad no depende de la virtud que los socráticos la asocian con la justicia y más bien se relaciona con el placer (edóne) que es concebido como un fin en sí mismo. Los elementos considerados centrales y que son los pilares del hedonismo heleno son que el goce no se consigue a partir del disfrute de los bienes externos, sino gracias a la satisfacción del alma y que la verdadera sabiduría radica en la prudencia con la cual el hombre evita los excesos pasionales, esto con el fin de alcanzar un equilibrio interno que sustente la felicidad individual (Garibay, H., s.f.).

Bienestar eudaimónico

El término “*eudaimónico*” tiene su origen en la obra “*La Ética a Nicomaco*” escrita por Aristóteles alrededor del 350 A.C., quien manifiesta que el más alto de todos los bienes que se pueden lograr por acción humana era la “*eudaimonía*”, la que se entiende como el cumplimiento de la naturaleza profunda y diversa del hombre (Ryff, C., & Burton, H., 2008), es decir, que una buena vida, es la de aquel individuo que logra una vida virtuosa, un estado que le permita desarrollar lo mejor que hay en sí mismo.

La tradición eudaimónica enfoca su estudio en el bienestar psicológico y la investigación del desarrollo y crecimiento personal, las formas y modos como las personas enfrentan retos vitales y el interés y esfuerzo por conseguir lo que se desea (Blanco, A. & Díaz, D., 2005); asimismo, esta tradición sí toma en cuenta el placer, pero como una

consecuencia secundaria de la realización y desarrollo del potencial humano que dan sentido a la vida más que a lo que sienten y experimentan las personas.

Bienestar subjetivo

Existe cierta dificultad en llegar a una definición desde la psicología del bienestar subjetivo debido a que existen muchos conceptos semejantes al bienestar subjetivo pero que no son iguales y a menudo algunos teóricos usan estos términos indistintamente frente a otros que muestran preferencia por uno de estos, por ejemplo algunos usan el termino felicidad, satisfacción vital y otros usan directamente el termino bienestar subjetivo.

Las investigaciones sobre el bienestar subjetivo generalmente se han centrado en correlacionar el bienestar subjetivo con características sociodemográficas, tales como edad, sexo, ingresos, salud, etc. Actualmente la búsqueda que hace la psicología positiva ha llevado a que las investigaciones se enfoquen en entender los procesos que subyacen al bienestar, y como afirma (Argyle, M., 1993), el estudio del bienestar subjetivo es la principal aportación de la psicología en cuanto al estudio global de la calidad de vida, debido a que representa otra forma de medición a parte de la tradicional centrada en riqueza, longevidad, renta per cápita, etc., ya que no es bueno hacer más ricas a las personas sin hacerlas también más felices.

El bienestar subjetivo hace referencia al balance global que las personas hacen de sus necesidades vitales, recursos sociales y personales, aptitudes individuales, del curso de acontecimientos a los que se enfrentan y de la experiencia emocional derivada de ello, o en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva (Veenhoven, R., 1994).

Según (Diener, E., 1994), las definiciones de bienestar subjetivo pueden ser grupadas en tres categorías:

- **Normativa.-** Es considerado como la posesión objetiva de una cualidad deseable, no como un estado subjetivo.

- **Subjetiva.-** Concede a cada persona el derecho a decidir en qué medida evalúan sus vidas en términos positivos, es decir el término de bienestar subjetivo está relacionado con el de satisfacción con la vida.
- **Experiencia emocional placentera.-** Experiencia emocional placentera que denota una preponderancia del afecto positivo sobre el afecto negativo.

También para Diener (1994), en el bienestar subjetivo se pueden distinguir tres categorías distintivas: es subjetivo debido a que reside en la experiencia del individuo; incluye medidas positivas ya que su medición no se centra exclusivamente en la ausencia de factores negativos; y tiene una dimensión global porque evalúa todos los aspectos de la vida de una persona.

Componentes del bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo presenta componentes organizados como una jerarquía conceptual, en el nivel más alto se coloca el concepto de bienestar subjetivo que es la evaluación que una persona realiza de su vida y en el siguiente nivel están ubicados los componentes específicos desprendidos del bienestar subjetivo estos son el afecto positivo, el afecto negativo, la satisfacción vital, y la satisfacción en distintos ámbitos los cuales aportan cada uno un elemento específico sobre la calidad subjetiva de la vida de la persona (Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R., 2004).

La satisfacción vital como componente cognitivo representa la discrepancia percibida entre las aspiraciones y logros, y el rango puede ir desde la sensación de realización personal, hasta la experiencia vital de frustración o fracaso, y elemento afectivo representa el agrado que las personas experimentan, con sus emociones, sentimientos y estados de ánimo más frecuentes, es decir que constituye la parte hedónica (García, M. A., 2002).

Estos aspectos están relacionados debido a que la persona que tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como agradable y positiva. Las personas con mayor bienestar subjetivo hacen una valoración positiva de las circunstancias y eventos vitales, mientras que las que no perciben bienestar tienden a evaluar estos

acontecimientos como perjudiciales y desagradables (Zubieta, E., Muratori, M., & Fernadez, O., 2012). Por lo tanto, el componente afectivo y la satisfacción con la vida tienden a correlacionarse debido a que los dos están influidos por la evaluación que la persona hace de los sucesos de su vida, pero también necesariamente difieren, ya que así como la satisfacción con la vida representa una valoración de la vida como un todo, el balance afectivo depende más de eventos puntuales que ocurren en el transcurso de la vida (García, M. A., 2002).

En la Tabla 2, tomado de (Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H., 1999) y citado por García, M. A. (2002), se expone de forma organizada y descriptiva el constructo bienestar subjetivo y sus dimensiones estructurales con sus respectivos elementos.

Tabla 2.
Componentes del bienestar subjetivo

Afectos placenteros	Afectos no placenteros	Satisfacción vital	Ámbitos de satisfacción
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Rabia	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	Visión de las personas significativas de la propia vida	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

El afecto positivo y el afecto negativo

A partir de los primeros trabajos investigativos respecto a este tema (Bradburn, N., 1969), tanto el afecto positivo y negativo fueron descritos y agrupados como dos dimensiones unipolares independientes. De esta manera el afecto positivo incluye todos aquellos estados afectivos con valencia positiva como el entusiasmo, alegría, euforia, amor, etc., y el afecto negativo incluye los estados afectivos negativos como son la tristeza, ansiedad, miedo, ira, etc. Desde este modelo se podrían reconocer personas que experimentan afectos positivos (felices), o a la inversa (infelices), pero también se podría reconocer personas que experimentan bajos niveles de los dos tipos de afectos (afecto aplanado) así como también personas que experimenten frecuentemente niveles elevados de ambos tipos de afecto.

Ante la falta de respuestas e incógnitas que dejaba el modelo antes mencionado, pronto surgió el modelo bipolar unidimensional, el cual concibe el afecto como una única dimensión y el estado afectivo que una persona experimenta puede ubicarse y oscilar entre el afecto positivo máximo y el afecto negativo máximo, de modo que cuanto más cercano esta del polo positivo más lejano esta del negativo y viceversa (Russell, J. & Carroll, J., 1999). Cabe mencionar que aún persiste la controversia teórica entre los defensores de ambos modelos siendo ampliamente utilizados ambos modelos en la construcción de escalas o instrumentos que miden el bienestar. Diener está a favor del modelo bipolar unidireccional y refuta el modelo unidireccional ya que según él, en dicho modelo se mide la simple aparición de estados afectivos pero no su intensidad o frecuencia.

Para determinar el grado o nivel de bienestar afectivo a través de la experiencia emocional, es necesario centrarse en la frecuencia más que en la intensidad emocional debido, a que los procesos que llevan a emociones positivas intensas posiblemente también lleven a emociones negativas intensas, y regularmente las emociones intensas se cancelan unas a otras, también estas emociones son raras y no es probable que influyan en los niveles de bienestar subjetivo, y finalmente las mediciones basadas en la frecuencia tienen mejor validez psicométricas. (Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W., 1991)

Según Diener, citado por González considera que el afecto positivo y el negativo, en un momento dado pueden ser extremos opuestos, pero que se hacen independientes cuando se considera el tiempo en su totalidad, es decir las emociones positivas y negativas no podrían ser experimentadas por las personas al mismo tiempo, aunque podrían experimentar elevados niveles de ambas a lo largo del tiempo (González, V., 2008).

Kashdan y Diener (2014) apoyan la idea de que cada emoción es útil, incluso las negativas, como el dolor. En el caso de la ira, si esta es muy intensa y abrumadora, se dan ocasiones en que lleva a la violencia, pero también se la puede orientar hacia la defensa de uno mismo y de los seres queridos, manteniéndose en límites saludables en los cuales la persona se protege, colabora y permite ayudar a los demás. Estos autores no sugieren que debe existir mayor número o intensidad de emociones positivas y menor cantidad o grado de

emociones negativas, sino más bien una combinación en donde el sujeto pueda avanzar y retroceder entre estos dos estados para lograr un equilibrado sentido de totalidad.

En otras palabras, las personas que son capaces de utilizar toda su gama de capacidades psicológicas naturales, incluidas las emociones, pueden experimentar comodidad siendo tanto positivas, como negativas, con lo cual son más saludables, y a menudo, más exitosas (Kashdan, T., & Diener, R., 2014).

Cabe mencionar que las emociones positivas contribuyen a construir y ampliar los esquemas psicológicos, conductuales y sociales de las personas; tanto las emociones positivas como negativas llevan a cabo una labor importante en la vida de las personas pero tienen funciones diferentes. Es así que cuando se experimenta una emoción negativa, esta alerta del peligro, disminuye las posibilidades de respuesta y conduce a actuar de forma rápida y urgente para evitar, escapar o solucionar el peligro que ocasionó la emoción negativa, en cambio las emociones positivas indican seguridad, y la respuesta que producen es ampliar y construir recursos duraderos (Fredrickson, B, 2001).

Las emociones positivas son aquellas en las que prevalece la valencia del placer o bienestar; movilizan pocos recursos para su afrontamiento, tienen una duración temporal a más de esto permiten que la persona pueda desarrollar sus virtudes y fortalezas lo cual es muy relevante y conducen a la felicidad (Estrada, B., Ramsés, A., Martínez, M., & Itzel, C., 2014).

También, si bien las emociones positivas se relacionan con la capacidad de superar las adversidades que suceden en el transcurso de la vida, las emociones negativas contribuyen a la supervivencia y seguridad, entonces es justo decir que si la persona toma en serio el bienestar, la meta es que construya y mantenga una vida resiliente y próspera (Park, N., Peterson, P., & Sun, J., 2013).

Satisfacción vital

Díaz y Sánchez (2001), manifiestan que la satisfacción con la vida es considerada como el componente cognitivo del bienestar subjetivo por tanto puede ser un aspecto momentáneo, pero también una actitud estable; en cambio, Veenhoven considera que *“la satisfacción con*

la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de sus vidas en forma positiva, es decir la evaluación de cuán agradable le resulta a la persona la vida que lleva” (Veenhoven, R., 1994).

La valencia que las personas obtengan en la evaluación de los distintos ámbitos de la vida, proporciona una idea sobre la forma en que las personas construyen juicios globales acerca de su bienestar, así como también brinda información respecto a si le está yendo bien o mal en aspectos específicos, esto de una manera meticulosa y específica (Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R., 2004).

Para otros autores (Castellón, A., Gómez, M., & Martos A., 2004), la satisfacción con la vida conlleva una valoración subjetiva y la expresión verbal de esa valoración, es decir que habrá que preguntarle a la persona para obtener una valoración correcta de la misma; así mismo, otros teóricos concuerdan en que en la medición de la satisfacción vital se captura un sentimiento global de bienestar desde la propia visión de las personas (Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R., 2004).

La satisfacción con la vida no solo está asociada a un componente cognitivo, sino que también interviene la experiencia afectiva, que no es estática ya que puede cambiar a lo largo del tiempo, y que es una cuestión interna pero también se ve influenciada por la situaciones vivenciadas por las persona. Es así que *“intentar hacer la vida más satisfactoria para más gente tiene sentido, aunque no está muy claro cómo se puede conseguir esto, no hay duda de que en principio es posible”* (Veenhoven, R., 1994).

Por lo tanto como ya se mencionó anteriormente la satisfacción vital es estable pero a la vez sensible a situaciones cambiantes, con lo cual se puede llegar a la conclusión de que las variables que intervienen en la satisfacción vital ciertamente tenderán a modificarse conforme se cursen las etapas evolutivas. Apoyando a esta teoría, Erikson (1996) afirma que el bienestar subjetivo se relaciona con el contacto social y las relaciones interpersonales, lo que confirma el valor que tienen las personas significativas en los niveles de satisfacción vital, lo cual va cambiando en el transcurso del ciclo del ciclo vital de las personas.

Bienestar psicológico

El enfoque eudaimónico pone énfasis en el bienestar psicosocial y se ha desarrollado a partir de las investigaciones de Carol Ryff (1989) sobre el bienestar psicológico y, de Keyes (1998) relacionadas al bienestar social.

El bienestar psicológico tiene sus raíces en la tradición eudaimónica y centra su estudio en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde estos aspectos son considerados como indicadores del funcionamiento positivo (Marín, F., 2009); sin embargo, Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, logrando la aceptación y crecimiento personal, así como la adaptación e integración a su ambiente social (Ryff, C., & Burton, H., 2008).

Concluimos que, desde la perspectiva de Ryff, el bienestar psicológico está estrechamente relacionado con que la vida adquiera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y logro de metas valiosas, en donde, la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos. Es entonces responsabilidad personal del individuo el encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades ásperas o adversas.

La perspectiva eudaimónica propone que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial, basándose en el modelo multidimensional de bienestar psicológico de Ryff, el mismo que está conformado de seis aspectos diferentes de un bienestar óptimo a nivel psicológico. Cada aspecto, o dimensión del bienestar psicológico supone un reto diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar de forma positiva (Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C., 2002).

Ryff (1995) propone un modelo multidimensional del desarrollo personal para operacionalizar el bienestar psicológico, donde especifica seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal.

1. **Autoaceptación.-** Es uno de los criterios centrales del bienestar y se relaciona con experimentar una actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada; las personas se sienten bien consigo mismas incluso cuando son conscientes de sus propias limitaciones.
2. **Relaciones positivas con otras personas.-** Es la capacidad de mantener relaciones estrechas y cálidas con otras personas, basadas en la confianza y empatía.
3. **Dominio del entorno.-** Es la capacidad individual para dar forma, crear o elegir ambientes favorables para satisfacer sus deseos y necesidades propias.
4. **Autonomía.-** Es necesaria para poder mantener la propia individualidad y autonomía personal, relacionada con la autodeterminación. Las personas con autonomía han desarrollado un marcado sentido de libertad personal e individualidad y saben enfrentar de mejor manera la presión social.
5. **Propósito en la vida.-** Las personas necesitan marcarse metas, definir sus objetivos, los mismos que le permitan dar a su vida un cierto sentido, un propósito que unifique todos sus esfuerzos y retos.
6. **Crecimiento personal.-** Este aspecto está relacionado con el desarrollo de las potencialidades, el continuar creciendo como persona hasta llevar al máximo sus potencialidades. Consiste en mantener una dinámica de aprendizaje y desarrollo continuo de sus capacidades.

Ryff, citado por Vázquez et. al., define el bienestar psicológico como *“una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido, dando importancia a los contenidos de la propia vida y los procesos implicados en vivir bien”* (Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D., 2009). Esta concepción de Carol Ryff respecto al bienestar psicológico tiene puntos que coinciden con la psicología social positiva respecto al tema, pues desde éste enfoque, el bienestar psicológico se centra en el estudio del desarrollo personal, las experiencias positivas, el nivel de felicidad (bienestar subjetivo) y el

funcionamiento óptimo de las personas, las comunidades y la sociedad (Burgos, A., & Urquijo, P., 2012).

El bienestar psicológico es un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con el medio, incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida del individuo y, además, está conformado por variables del autoconcepto (Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A., 2007), como son:

- **Autoconciencia.-** Se expresa mediante las creencias y pensamientos que tiene el sujeto acerca de sí mismo; es el componente cognitivo de las actitudes hacia sí mismo.
- **Autoestima.-** Consiste en la apreciación y valor que se concede el sujeto y que lo expresa a través de la intensidad o grado en que se acepta y se quiere; es el componente afectivo de las actitudes hacia sí mismo.
- **Autoeficacia.-** Tiene que ver con el grado en que el sujeto considera que puede llevar a cabo sus propósitos y alcanzar sus metas propuestas; es el componente conductual de las actitudes hacia sí mismo.

La participación de los adultos mayores en actividades de ocio, físicas o de recreación son importantes en ésta etapa evolutiva de las personas y está relacionada con una mejor percepción de satisfacción vital, con la salud mental, la confianza en sí mismo. Por tanto, la participación en actividades de ocio también es un indicador de bienestar y calidad de vida experimentada por las personas y proporcionada por la sociedad de la cual forman parte (Allison, M., & Smith, S., 1990).

Modelo teórico del bienestar según Martin Seligman

La psicología positiva es definida como el estudio científico de fortalezas, virtudes, rasgos y experiencias individuales positivas que facilitan el desarrollo y mejoran la calidad de vida de los individuos, y al mismo tiempo previene o reduce la incidencia de psicopatologías (Seligman, M., 2006) (Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M., 2000).

Martin Seligman es el precursor y principal exponente de la Psicología Positiva, y, es en el año de 1998 cuando da un giro a la psicología que en esa época centraba su estudio en las emociones negativas y de cómo tratarlas para lograr que las personas sean más felices e incrementar su bienestar; desde ese momento éste autor se ha dedicado a estudiar y comprobar de manera científica las implicaciones de los pensamientos y las emociones positivas en la felicidad y el bienestar de las personas (Morano, P., 2013).

En el año 2002, Seligman propuso su denominada “Teoría de la auténtica felicidad” en la cual el mismo autor comenta que se acerca de manera peligrosa al monismo aristotélico, es decir que existe una sola causa u origen, porque al seguir este enfoque, la felicidad se expresa de modo cuantitativo o es definida por la satisfacción con la vida; pero, para el año 2011, en su libro “Flourish” (Floreecer), reformula sus ideas sobre psicología positiva y expone su “Teoría del bienestar”.

De acuerdo con Seligman, el bienestar y la felicidad conforman un binomio inseparable, y si aumenta en la persona su percepción de bienestar subjetivo, esta se vuelve más creativa y su personalidad refleja una actitud de satisfacción provocando una motivación interna para actuar sobre metas establecidas con anterioridad (Estrada, B., Ramsés, A., Martínez, M., & Itzel, C., 2014). Sin embargo, la teoría de Seligman considera que el bienestar tiene varios elementos (cinco) que lo conforman y que hace que ésta sea una teoría de elección sin coerción a los elementos que lo constituyen y que las personas son libres de elegirlo sin buscar nada más (Velasco, G., 2015). Cada uno de estos elementos debe tener las siguientes tres propiedades para ser considerado como elemento del bienestar:

1. Contribuir al bienestar;
2. Muchas personas lo buscan por sí mismo, y no sólo para obtener cualquiera de los otros elementos; y,
3. Ser exclusivo, es decir, se define de forma independiente de los demás elementos.

De modo que, según ésta teoría, el bienestar es un constructo y la felicidad una “cosa real” que puede medirse directamente y expresarse en términos cuantitativos mediante un

conjunto específico de medidas; además, el bienestar debe ser el tema de estudio de la psicología positiva, y no la felicidad (Seligman, M., 2014).

Para explicar su concepción respecto al bienestar como constructo, Seligman en su libro “Flourish” (Florece) hace una analogía relacionada con el tiempo en meteorología, el mismo que se define por la combinación de temperatura y viento, y, el tiempo, no es en sí mismo, ni por sí mismo algo real, sino que está conformado por varios elementos, cada uno medible, y por tanto, real que contribuyen al tiempo: humedad, velocidad del viento, temperatura, presión atmosférica, entre otros (Seligman, M., 2014). Entonces, al igual que en el ejemplo del tiempo meteorológico, para el caso del bienestar, ninguna medida por sí sola lo va a definir, pero varios elementos contribuyen a él; estos son los cinco elementos del bienestar, y cada uno de ellos es medible.

Seligman en su teoría considera que el bienestar está conformado por cinco elementos (PERMA, por sus siglas en inglés) mensurables (Seligman, M., 2014), los cuales son:

P Emociones positivas.- (Positive emotions) Que se ven reflejadas en la cantidad de palabras y emociones positivas que se sienten y experimentan durante el día, y de la cual la felicidad y la satisfacción con la vida forman parte. A mayor número de sensaciones, pensamientos y emociones positivas, mayor es el bienestar experimentado.

E Compromiso.- (Engagement) Hace referencia a la capacidad de involucrarse positivamente en los actos de cada día, aunque estos parezcan poco placenteros, si se logra darle un revés a la situación utilizando las fortalezas que la persona tiene, entonces el nivel de bienestar se verá incrementado.

R Relaciones.- (Relationships) El manejar las relaciones interpersonales de forma constructiva también ayuda a mantener el nivel de bienestar elevado.

M Significado.- (Meaning) Uno de los elementos que también ayuda a mantener buenos niveles de bienestar es el significado con la vida, el pertenecer o hacer algo

más grande o trascendental, como por ejemplo el ayudar a otras personas proporciona más felicidad que el comprar algo.

A Logros.- (Accomplishment) O autorrealización, es decir, el sentir que se pueden hacer las cosas, pero asociado a que quienes realmente tienen éxito que son aquellos que tienen mayor capacidad de determinación para lograr sus objetivos sin abandonarlos.

Según Seligman, *“ningún elemento define por sí solo el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye a alcanzarlo. Algunos aspectos de estos cinco elementos se miden de manera subjetiva por medio de información dada por uno mismo, pero otros aspectos se miden objetivamente”* (Seligman, M., 2014).

Tomando como base la Teoría del bienestar de Seligman y las cinco dimensiones antes mencionadas, (Butler, J., y Kern, M.L., 2015) desarrollaron el perfil PERMA que consiste en un cuestionario autoaplicable de 23 ítems que busca medir el bienestar. Este cuestionario ha sido aplicado en diferentes países (Malasia, Australia, México, Polonia, China, Corea) y contextos culturales. En Malasia, entre septiembre del 2013 y enero del 2014 se aplicó este instrumento a 342 participantes de edades comprendidas entre 18 y 63 años donde los resultados obtenidos, a excepción de la dimensión N = emociones negativas, están por encima de la media de la escala (Khaw, D., & Kern, M., 2015). El objetivo de este estudio fue realizar una comparación transcultural con otro llevado a cabo en los Estados Unidos donde se aplicó a 5456 participantes y los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones superan la media de la escala.

Otro estudio realizado en Australia con 516 estudiantes de edades comprendidas entre 13 y 18 años que aplicó el perfil PERMA para determinar los niveles de bienestar en el ámbito de la educación, utilizando por separado las dimensiones de la escala, dio resultados por encima de la media de la escala, excepto en la dimensión M = significado, que para este estudio no se lo consideró relevante, pues parte del mismo correlaciona ansiedad y depresión con bienestar percibido (Kern, M., Waters, L., Adler, A., & White, M., 2015).

Es importante recalcar que el bienestar consiste en una combinación de sentirse bien, experimentar compromiso, tener buenas relaciones, darle un significado a lo que se hace y lograr metas, lo cual el individuo lo puede alcanzar maximizando los cinco elementos mencionados en la “Teoría del bienestar” de Seligman.

AUTOEFICACIA

La autoeficacia según Albert Bandura

Albert Bandura (1987) fue uno de los primeros teóricos en definir el concepto de autoeficacia basado en su Teoría Social Cognitiva, también conocida como Teoría del Aprendizaje Social, la misma que considera que la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento, y estarían involucradas tres tipos de expectativas: **1)** Las expectativas de la situación, donde se considera que las consecuencias son el producto de situaciones ambientales, mas no de la acción del individuo; **2)** Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia de que los resultados son la consecuencia determinadas conductas; y, **3)** Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida (Olivari, C., & Urra, E., 2007).

El concepto de autoeficacia se origina en base a la Teoría Social Cognitiva, y es definida como *“los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”* (Bandura, A., 1987), enfatizando que este concepto no hace referencia a los recursos de que disponga la persona, sino a la opinión que tenga sobre lo que puede hacer con ellos (Pavón, M. & Zariello, M., 2011). Al respecto, Bandura hace una diferenciación entre el concepto de autoeficacia y las expectativas de resultado; mientras que estas últimas hacen referencia a la percepción de las posibles consecuencias de una acción, la autoeficacia se refiere a la convicción de poder realizar con éxito una acción requerida para lograr un resultado esperado (Pavón, M. & Arias, C., 2013).

Fuentes de información de autoeficacia percibida según Bandura

Siguiendo a Bandura, y citado por (Pavón, M. & Arias, C., 2013), las creencias de autoeficacia se originan y se desarrollan a partir de información procedente de las siguientes fuentes:

- 1. Logros de ejecución.-** Constituyen la principal fuente de información de autoeficacia y tienen una gran influencia ya que se basan en las propias experiencias de dominio. Los éxitos logrados incrementan las expectativas de dominio, en cambio los fracasos repetitivos las disminuyen; pero, una vez que se alcanza un fuerte sentido de autoeficacia, puede que el fracaso no ocasione mayor impacto. En otras palabras, el éxito repetitivo en ciertas tareas genera una mayor evaluación positiva de la autoeficacia, y el impacto que provoquen las experiencias negativas se reduce.
- 2. Experiencia vicaria.-** Los aportes teóricos que ofrece Albert Bandura, sostiene que el hecho de observar a otros ejecutando acciones sin consecuencias adversas genera la expectativa de que es posible realizar una tarea si uno intensifica sus esfuerzos y persiste en la misma. Esta fuente se vuelve relevante cuando las personas no tienen conocimiento de sus capacidades, tienen poca experiencia o nunca ejecutaron la conducta observada. Dicho de otra manera, es posible que las personas incrementen su sentido de autoeficacia observando el desempeño exitoso logrado por otros.
- 3. Persuasión verbal.-** Cuando una persona convence a otra de que es posible alcanzar una meta específica, existe la tendencia a que el individuo mejore sus creencias de autoeficacia y lleve a cabo tareas de manera exitosa. Esta mejoría en la autoeficacia será temporal si los esfuerzos posteriores logran pobres resultados en caso de no tener las bases experienciales necesarias; es decir, la persuasión verbal es quizás la fuente de información menos fructífera, ya que las personas, por lo general, no suelen incrementar sus expectativas sólo por el hecho de que alguien les diga que lo hagan (Busot, I., 1997). Para Bandura, esta fuente hace referencia a la opinión positiva que otras personas emiten acerca de sus propias capacidades y habilidades.
- 4. Estados fisiológicos.-** La activación equilibrada de emociones positivas y placenteras puede favorecer la ejecución y dominio de una tarea, facilitando y mejorando las creencias sobre las capacidades personales para llevarla a cabo. Por otro lado, una activación emocional que involucre nerviosismo, ansiedad disminuye la autoeficacia, lo cual puede asociarse a bajos desempeños en la ejecución de las

tareas, que pueden ser interpretado con el hecho de no tener las capacidades requeridas. Según esta fuente de información las personas tienden a interpretar sus estados fisiológicos al evaluar si sus emociones corresponden o no con sus desempeños exitosos.

Las creencias de autoeficacia pueden aprenderse, mejorarse e incrementarse y son esenciales para el desarrollo personal por el impacto que causan en las propias emociones, creencias y comportamientos, es decir la percepción individual de la autoeficacia es un requisito fundamental para alcanzar metas y objetivos. Al respecto, como se muestra en la Tabla 3 (Adaptado de (Betz, N., 1992) citado por (Busot, I., 1997)), Bandura resume las fuentes de autoeficacia percibida y sus consecuencias.

Tabla 3.

Teoría de Bandura de la Autoeficacia percibida

Fuentes de información de la autoeficacia		Consecuencias
Logros de ejecución	Autoeficacia percibida	Nivel de ansiedad/depresión
Experiencia vicaria		Selección de la conducta, escogimiento de actividades y ambientes (aproximación vs. evitación)
Persuasión verbal		Desempeño
Estados fisiológicos		Persistencia, tenacidad

En resumen, Bandura citado por (Olivari, C., & Urra, E., 2007) considera que el comportamiento personal es afectado por las creencias de autoeficacia de cuatro maneras: **1)** Intervienen en las conductas e influyen en la elección de actividades, pues las personas suelen elegir y comprometerse en tareas o actividades en las que se consideran muy eficaces y evitan aquellas en las que se consideran ineficaces; **2)** Establecen la cantidad de esfuerzo que invierten las personas en la realización de una actividad y su perseverancia frente a los obstáculos; **3)** Influyen en las pautas de pensamiento y las respuestas emocionales; y **4)** Permiten al sujeto ser constructor de su propio futuro y no solo predecirlo, pues los individuos que se perciben como eficaces se imponen retos más significativos e importantes.

Características de personas con alto sentido de autoeficacia

Las personas que tienen alto sentido de eficacia personal según Bandura, citado en (Busot, I., 1997), presentan las siguientes características:

- Se perciben como capaces de afrontar con éxito determinadas situaciones.
- Tienden a poner esfuerzos más activos, intensos y persistentes en la realización de tareas.
- Se imponen metas altas y desafiantes manteniendo un elevado compromiso con las mismas.
- Si se presentan dificultades, trabajan arduamente con la finalidad de dominar el reto que estas implican. Ante el fracaso mantienen y aumentan sus esfuerzos, ya que lo consideran consecuencia del esfuerzo insuficiente, desconocimiento o falta de habilidades necesarias, por lo cual son capaces de recuperar de forma rápida su sentido de autoeficacia luego del fracaso o las contrariedades.
- Logran disminuir sus miedos anticipatorios e inhibiciones ante situaciones amenazantes y se conducen con seguridad, lo que les permite tener control sobre estas situaciones.
- Poseen un fuerte sentido de autoeficacia que alienta el interés y disfrute por las actividades realizadas e incrementa la sensación del logro personal, además de disminuir el estrés y la vulnerabilidad a la depresión.

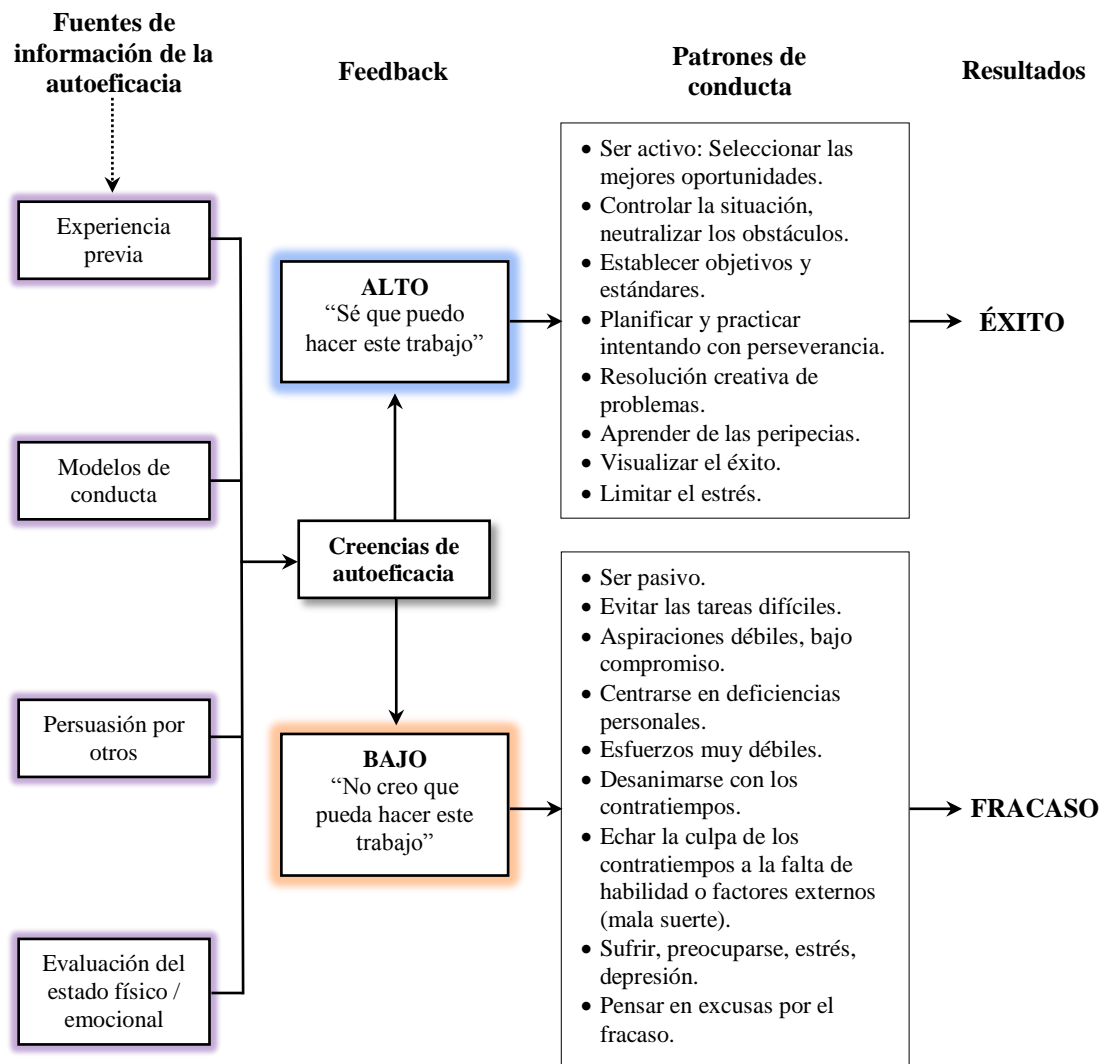
Características de personas con bajo sentido de autoeficacia

De acuerdo con Bandura, citado en (Busot, I., 1997), las personas que poseen bajo sentido de eficacia personal tienen las siguientes características:

- Se sienten inseguros de sí mismos y de sus capacidades pues se consideran ineficaces para enfrentar determinadas demandas del medio.
- Retrasan sus esfuerzos en el cumplimiento de tareas asignadas.
- Tienen débil compromiso y pocas aspiraciones ante las metas que decidieron alcanzar.
- Se enfocan más en autoevaluarse que en como desenvolverse exitosamente ante las tareas.

- Ante los fracasos o contrariedades recobran lentamente su sentido de autoeficacia.
- Maximizan sus deficiencias y las dificultades potenciales del entorno, lo cual les genera ansiedad, estrés y depresión.
- Cuando se enfrentan a tareas difíciles las perciben como amenazas personales, por lo que se retiran o evitan dichas tareas, disminuyendo sus esfuerzos o evitando por completo el enfrentarse a las dificultades.
- No experimentan mucho sentido de fracaso, pues le atribuyen su insuficiente desempeño a factores externos y ajenos a sus capacidades.

En la Figura 1, tomado de (Bandura 1989, adaptado por (Méndez, R., 2009)) se describe el proceso que se da en las personas con alto o bajo sentido de autoeficacia, desde las fuentes de información hacia la consecución de éxito o fracaso.

Figura 1. Modelo de la Teoría de la autoeficacia de Bandura.

Autoeficacia en el adulto mayor

El concepto de autoeficacia ha sido utilizado en diversos campos del conocimiento, pero, su inclusión en el área de la gerontología es reciente, y hace referencia a la percepción que la persona tiene respecto del control que ejercerá en el futuro sobre las áreas de su vida cognitiva, físico funcional, socio emocional y salud (Fernández, R., Zamarrón, D., Lopez, D., & Molina, A., et al., 2010).

Para los adultos mayores la autoeficacia tiene un significado que va más allá de la realización y superación de tareas que impliquen la actividad física, pues su importancia va

asociada a la participación y solución de conflictos que se dan en la vida cotidiana, lo que les permite idear y utilizar estrategias de afrontamiento propias para hacer frente a las adversidades (Ortíz, J., & Castro, M, 2009).

Los adultos mayores que perciben niveles inadecuados de autoeficacia suelen tener una baja autoestima y sentimientos negativos respecto a sus capacidades, ya que no pueden dar solución a los estresores propios de esta edad, pues, en esta etapa de la vida les resulta más difícil motivarse con las capacidades que ahora poseen realizando una valoración negativa de su vida; en cambio, adultos mayores con una buena percepción de autoeficacia facilitan la cognición de las capacidades propias, lo que les permite actuar con pensamientos motivadores para la acción (Sanjuán, P., Pérez, A., & Bermúdez, J., 2000).

Entre los estudios donde fue validada la escala general de autoeficacia (EAG), encontramos el de Chile (Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O., 2010), aplicada a 360 personas de ambos sexos y de edades comprendidas entre 15 y 65 años, donde la media obtenida (34.18) es superior a la media de la escala (25.00), lo cual es un indicador de que los participantes se perciben con una buena autoeficacia. De igual forma, este instrumento fue aplicado en Brasil (Burgues, J., Pereira, M., Garcia, A., & Dalbosco, D., 2012) a 1007 estudiantes de primaria y secundaria de entre 12 y 18 años de edad, donde los resultados indican que los participantes tienen una elevada percepción de su autoeficacia, pues la media obtenida (33.01) es superior a la media de la escala (25.00).

METODOLOGÍA

El presente estudio se plantea determinar los niveles de bienestar y autoeficacia percibidos en adultos mayores que asisten a servicios sociales, al igual que identificar las variables sociodemográficas que inciden en la percepción del bienestar, para lo cual se utilizaron instrumentos y procedimientos que se describen a continuación:

Pregunta de investigación

¿Existe correlación entre la autoeficacia y el bienestar en los adultos mayores que participan en centros de servicios sociales?

Objetivos

Objetivo general

- Identificar la correlación entre autoeficacia y bienestar de los adultos mayores que participan en centros de servicios sociales.

Objetivos específicos

- Conocer los niveles de bienestar percibido por adultos mayores que participan en centros de servicios sociales.
- Determinar el nivel de percepción de autoeficacia experimentado por adultos mayores que participan en centros de servicios sociales.
- Identificar las variables sociodemográficas que inciden en el bienestar del adulto mayor que acude a centros de servicios sociales.

Enfoque y tipo de investigación

El presente estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo de tipo correlacional transversal, ya que se basa en variables susceptibles de medición y análisis estadístico asociadas a la percepción del bienestar que permitan responder a la pregunta de investigación; además, pretende dar a conocer la relación entre autoeficacia y bienestar percibido, y describir cuáles son los factores sociodemográficos que inciden positivamente en el bienestar en adultos mayores que participan en centros de servicios sociales.

Participantes

La población del presente estudio estuvo conformada por las personas jubiladas que son usuarios y beneficiarios de los servicios que brinda el “Centro de Atención al Adulto Mayores del IESS”.

La muestra se seleccionó por conveniencia a partir de los diferentes grupos que integran los talleres que se desarrollan en el centro de atención: talleres de intervención psicológica, música y nutrición. La muestra estuvo integrada por 100 adultos mayores jubilados que acuden a la institución y participan de actividades físicas, cognitivas o sociales, y, cuyas capacidades cognitivas no presenten deterioro.

La muestra de este estudio la integraron adultos mayores, 32 hombres (32.0%) y 68 mujeres (68.0%) con edades comprendidas entre los 65 a 85 años, con una media de 72.72 y una desviación típica de 5.72; de los cuales 50 participantes (50.0%) están casados, 27 hombres y 23 mujeres. En cuanto al nivel de estudios, las respuestas más altas corresponden a adultos “con bachillerato”, 35 participantes (35.0%), de los cuales 5 son hombres y 30 son mujeres. En relación a la pregunta de si sus ingresos económicos mensuales superan los 668 dólares (canasta básica), 57 participantes (57.0%) respondieron afirmativamente, 21 hombres y 36 mujeres. Respecto a si tienen o no pareja, 56 participantes (56.0%) responde afirmativamente, de los cuales 28 son hombres y 28 son mujeres. En la Tabla 4 se exponen con más detalle las características sociodemográficas antes mencionadas:

Tabla 4.

Características sociodemográficas de los participantes

		N	%	n	%	n	%
Sexo		Hombre		Mujer		TOTAL	
		32	32	68	68	100	100
Estado civil	Soltero	1	3.1	9	13.2	10	10.0
	Casado	27	84.4	23	33.8	50	50.0
	Divorciado	1	3.1	8	11.8	9	9.0
	Viudo	3	9.4	28	41.2	31	31.0
Nivel de estudios	Sin instrucción	2	6.2	3	4.40	5	5.0
	Sin bachillerato	13	40.6	20	29.4	33	33.0
	Con bachillerato	5	15.6	30	44.1	35	35.0
	Estudios universitarios	12	37.5	15	22.1	27	27.0
Ingresos económicos	Menor a 668 dólares	11	34.4	32	47.7	43	43.0
	Mayor a 668 dólares	21	65.6	36	52.9	57	57.0
Tiene pareja	No	4	12.5	40	58.8	44	44.0
	Si	28	87.5	28	41.2	56	56.0

Criterios de inclusión

- Adultos mayores, varones y mujeres desde 65 años en adelante.
- Formar parte de los grupos ocupacionales o terapéuticos orientados a mantener sus funciones físicas, cognitivas y sociales.
- Estar asistiendo a las actividades terapéuticas y servicios que brinda la institución.

- No presentar deterioro físico o cognitivo que interfiera en la recopilación de información o que impidan responder a las preguntas de las escalas a aplicarse.
- Personas que hayan aceptado participar en ésta investigación al dar su consentimiento firmado.

Criterios de exclusión

- Personas menores de 65 años.
- Que presenten algún trastorno mental y que en la actualidad se encuentren recibiendo tratamiento psiquiátrico.
- Que presenten discapacidad o enfermedad física que les impida brindar información objetiva.
- Personas cuyas capacidades cognitivas presentan deterioro moderado o elevado.

Instrumentos de recolección de información

Para la determinación del nivel de bienestar se utilizó la Escala PERMA (Butler, J., y Kern, M.L., 2015), la misma que consiste en un cuestionario autoaplicable de 23 ítems de los cuales 15 evalúan cinco dimensiones del bienestar: Emociones positivas, compromiso, relaciones, significado de la vida y logros, descritas por Martin Seligman (2014). También está conformada por 6 ítems, que son considerados factores asociados al bienestar y pretenden determinar las emociones negativas y salud percibidas. Por último, la escala tiene 2 ítems criteriosales que buscan evaluar la soledad y felicidad percibidos, cuyos resultados sirven para contrastar con la información obtenida a partir de los 15 ítems antes mencionados relacionados con el bienestar percibido.

La escala PERMA es relativamente nueva, razón por la cual aún no existen suficientes publicaciones que la utilicen, pero se cuenta con la adaptación española (Tarragona, M., 2013), la misma que consta de una escala de Likert cuyas opciones de respuesta van de la pregunta 1 a la 10 de 0 (Nunca) a 10 (Siempre); y, de la pregunta 11 a la 23 va de 0 (Para nada) a 10 (Completamente). La consistencia interna de la escala es superior a 0.75.

Para medir la autoeficacia, se empleó un instrumento ampliamente difundido (28 idiomas) (Cid H, P., Orellana Y, A., & Barriga, O., 2010) que corresponde a la Escala general

de autoeficacia (Baessler, J., y Schwarzer, R., 1996) que mide la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. La escala incluye 10 ítems con 4 opciones de respuesta tipo Likert (Nunca, pocas veces, muchas veces, siempre) a las cuales se les asigna una puntuación de 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Los estudios en los que se ha utilizado ésta escala demuestran que tiene características psicométricas bastante aceptables, mostrando una consistencia interna considerable de entre 0.79 y 0.93 mediante el alfa de Cronbach.

En el presente estudio se registró un alfa de Cronbach de 0.902 para el perfil PERMA en base a los 15 ítems de la escala que miden el bienestar; asimismo, para la escala general de autoeficacia se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.872, en base a los 10 ítems de esta escala.

Procedimiento de recolección de información

Luego de haber obtenido la autorización de la Coordinadora del “Centro de Atención al Adulto Mayor del IESS”, se obtuvo el permiso para realizar el estudio con los adultos mayores que participan en los talleres de psicología, música y nutrición. Posteriormente, en coordinación con los instructores de cada taller, se procedió a organizar los días y horas para llevar a cabo la aplicación de las encuestas, tomando en cuenta los horarios de mayor concurrencia y grupos que cumplen con los criterios de inclusión.

Antes de llevar a cabo las encuestas autoaplicadas, se les solicitó a los adultos mayores que lean y firmen el respectivo consentimiento informado, luego de ello se les impartió indicaciones de cómo deben responder cada una de las secciones. Ante las inquietudes que se dieron en el proceso, los encuestadores estuvimos presentes para dar las indicaciones y aclaraciones necesarias; cabe recalcar que se presentaron algunas dificultades relacionadas principalmente con el contenido o con omisiones asociadas a dejar en blanco alguna pregunta, situaciones que fueron resueltas en el lugar de manera satisfactoria.

Al final de cada jornada se llevó a cabo la revisión de cada una de las aplicaciones, para confirmar que estén llenas y completas; en pocos casos (5) fue necesaria la anulación de las

mismas por haber marcado dos respuestas en una misma pregunta o por no estar dentro del rango de edad propia de la muestra (más de 65 años).

Aspectos éticos

Antes de aplicar los instrumentos de investigación, a los participantes se le solicitó su colaboración mediante la lectura y firma del consentimiento informado (ver Anexo 1), en donde se detalla que la información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos respetando la confidencialidad de los datos proporcionados.

Procesamiento de datos

Luego de organizar la información recopilada, fue ingresada a una matriz de datos elaborada en el programa SPSS para el respectivo análisis estadístico. Para la fase descriptiva se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión, se complementó con tabla de frecuencia absoluta y porcentual.

Previo al análisis relacional se verificó la distribución normal de los puntajes correspondientes a las variables bienestar y autoeficacia. La prueba K-S (Kolmogorov – Smirnov) confirmó la normalidad de las distribuciones.

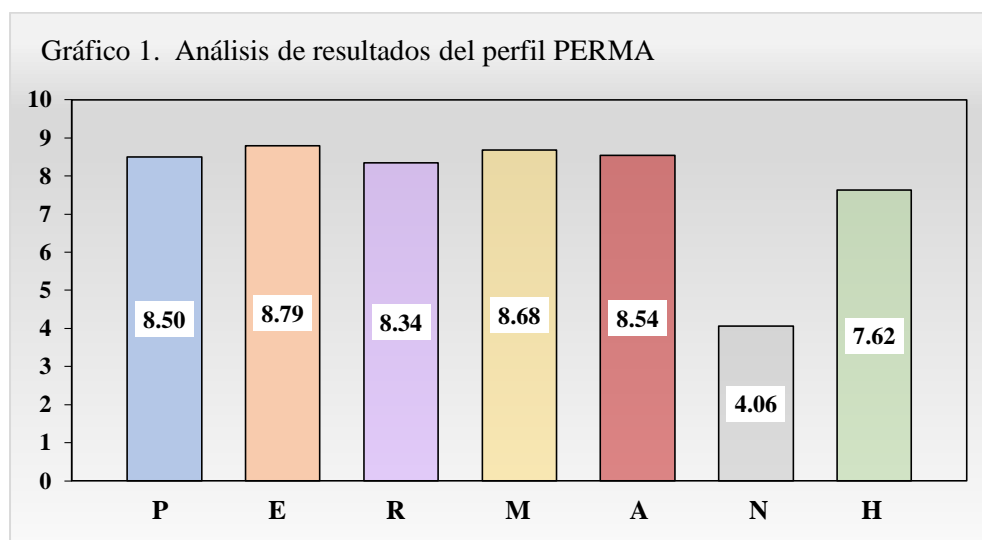
Para establecer en qué medida se relaciona el bienestar con la autoeficacia, se desarrolló un modelo de regresión lineal con un nivel de confianza de ($p < 0.05$), posteriormente se llevó a cabo el análisis descriptivo básico para luego proceder con el análisis relacional con la finalidad de establecer mediante t de student en qué medida las variables sociodemográficas inciden en el bienestar.

El análisis del coeficiente de correlación lineal (r) permitió saber si el modelo de regresión lineal tiene un ajuste adecuado al correlacionar las variables dependientes e independientes del estudio. Si el valor resultante de r es muy cercano a 0, indicaría que no existe correlación entre las variables, por lo tanto no hay un buen ajuste lineal; y finalmente, como medida para determinar la bondad del ajuste lineal, se tomó en cuenta el coeficiente de determinación (R^2) multiplicado por 100 con el fin de analizar la variabilidad porcentual que explica el modelo.

RESULTADOS

Resultados Bienestar percibido

El bienestar se midió con la escala PERMA profiler: en relación a las dimensiones del perfil PERMA: P = Emociones positivas, E = Compromiso, R = Relaciones, M = Significado, A = Logros. Se encontró que los valores de bienestar percibido por los adultos mayores están muy por encima de la media de la escala: entre 8.34 y 8.79; situación similar ocurre con el factor asociado Salud (H), que registró una media de 7.62; por el contrario, en cuanto a las emociones negativas (N), se observó que los valores obtenidos están por debajo de la media de la escala (Ver Gráfico 1).



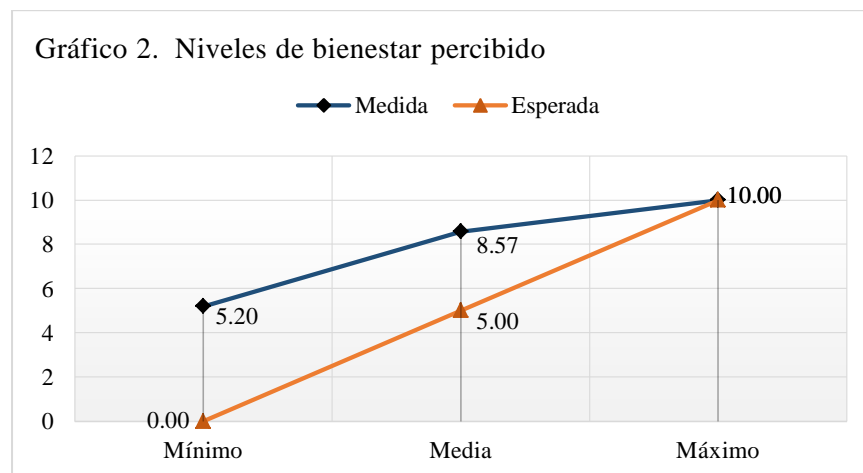
Los adultos mayores registraron una media de 8.57 para bienestar total, que resulta de la suma de las cinco dimensiones propuestas por el PERMA, este valor fue muy semejante al valor alcanzado en el ítem criterial correspondiente a la percepción de la felicidad en general que alcanzó un 8.53. Los dos factores asociados: salud y emociones negativas, alcanzaron medias de 7.62 y 4.06 respectivamente, a su vez, el valor de la media en emociones negativas se aproxima a la media obtenida en el ítem criterial soledad: 4.32. La Tabla 5, incluye la desviación típica que indica el grado de dispersión de los datos con respecto a la media; en el caso del bienestar general, la salud y el ítem de percepción de la felicidad al ser la desviación típica menor al 20% de la media reflejan la homogeneidad de los datos. Por el contrario, las

desviaciones típicas de la percepción de emociones negativas y soledad reflejan la heterogeneidad de los datos.

Tabla 5.
Estadísticos descriptivos del bienestar percibido

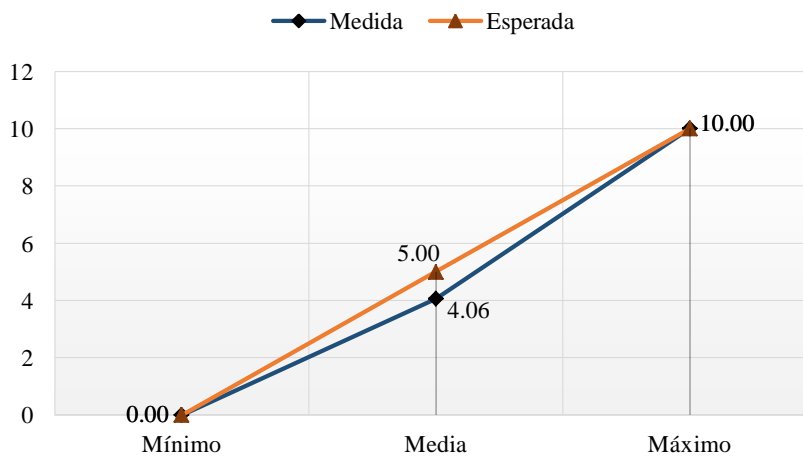
		Media	DT
Bienestar	PERMA	8.57	1.11
Factores asociados	Emociones negativas	4.06	2.24
	Salud	7.62	1.91
	Soledad	4.32	3.45
Ítems criterioles	Felicidad	8.53	1.46

El bienestar total percibido registró un valor mínimo de 5.20, siendo muy superior al mínimo de la escala; el máximo obtenido es 10, que coincide con el máximo de la escala. A su vez la media registrada está muy por encima de la media de la escala (Ver Gráfico 2).



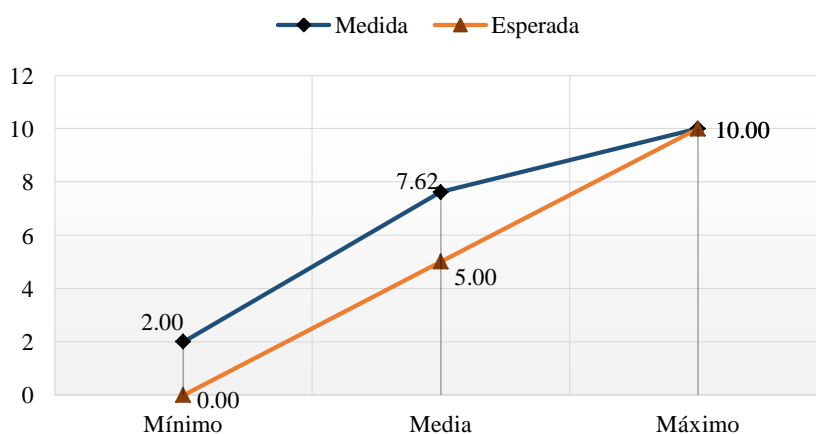
En relación a las emociones negativas percibidas, en la Gráfico 3 se observa que el resultado mínimo obtenido es 0, el mismo que coincide con el mínimo de la escala; y, el máximo obtenido es 10, que coincide con el máximo de la escala, obteniendo una media de 4.06 inferior a la media de la escala.

Gráfico 3. Niveles de emociones negativas percibidas



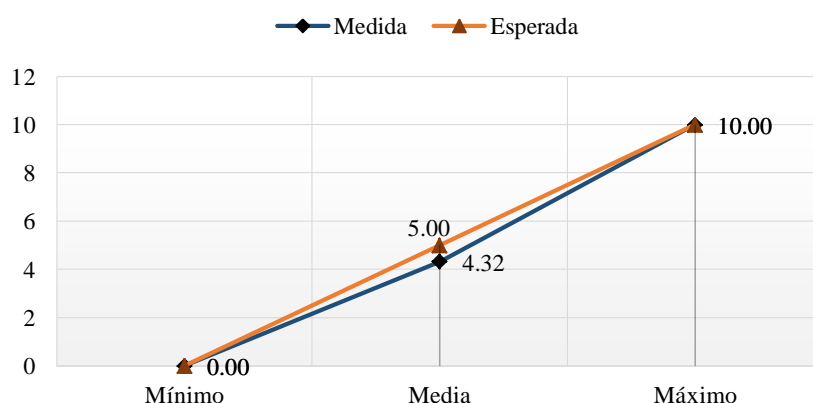
En lo que se refiere a los niveles de salud percibidos, en la Gráfico 4 se observa que el resultado mínimo obtenido es 2.0, el mismo que es superior al mínimo de la escala; y, el máximo obtenido es 10, que coincide con el máximo de la escala, obteniendo una media de 7.62 que es muy superior a la media de la escala.

Gráfico 4. Niveles de salud percibidos



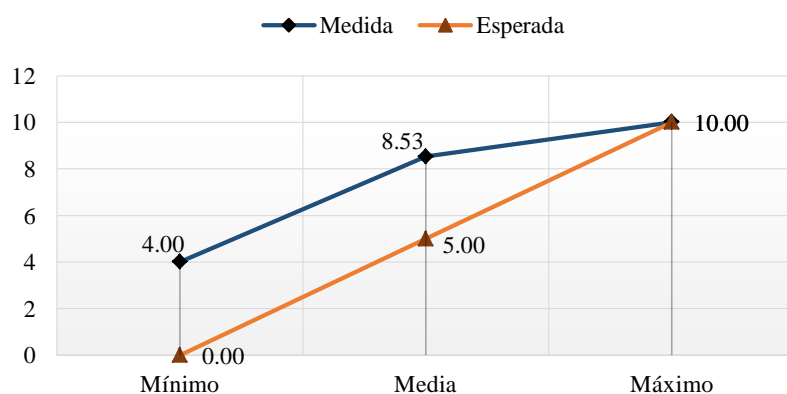
En cuanto a los niveles de soledad percibidos, en la Gráfico 5 se observa que el resultado mínimo obtenido es 0, el mismo que coincide con el mínimo de la escala; y, el máximo obtenido es 10, que también coincide con el máximo de la escala, obteniendo una media de 4.32 que es inferior a la media de la escala.

Gráfico 5. Niveles de soledad percibidos



Con respecto a los niveles de felicidad percibidos, en la Gráfico 6 se observa que el resultado mínimo obtenido es de 4.00, siendo muy superior al mínimo de la escala; y, el máximo obtenido es 10, que coincide con el máximo de la escala, obteniendo una media de 8.53 que se encuentra muy por encima de la media de la escala.

Gráfico 6. Niveles de felicidad percibidos



La Tabla 6 detalla el porcentaje de adultos mayores cuyos puntajes obtenidos, en el bienestar total, en los factores asociados y en los ítems criterios, los ubican por debajo o por encima de la media de la escala. Como se puede observar el 100% de participantes registraron valores muy superiores a la media de la escala en lo que a bienestar se refiere. En lo relacionado con la salud el 14% tienen una percepción de salud por debajo de la media de la escala. En cuanto a la percepción de felicidad en general el 5% registró valores inferiores a la media de la escala. Respecto a las emociones negativas el 30% de adultos mayores

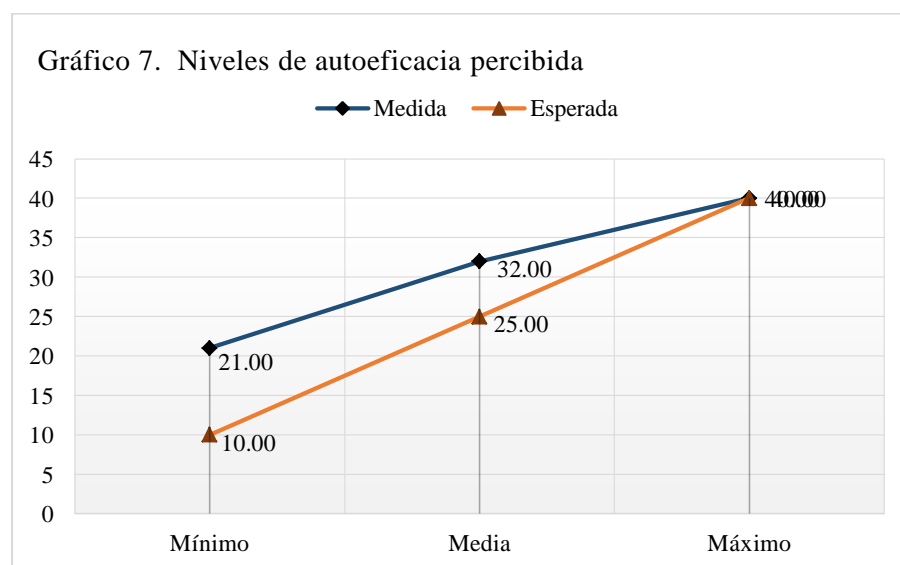
registraron percepciones por encima de la media de la escala, y en soledad un 40% de participantes registraron puntajes sobre la media de la escala.

Tabla 6.
Resumen de frecuencias del perfil PERMA

Variable	Sobre la media %	n	Bajo de la media %	n
Bienestar	100	100	0	0
Emociones negativas	30	30	70	70
Salud	86	86	14	14
Soledad	40	40	60	60
Felicidad	95	95	5	5

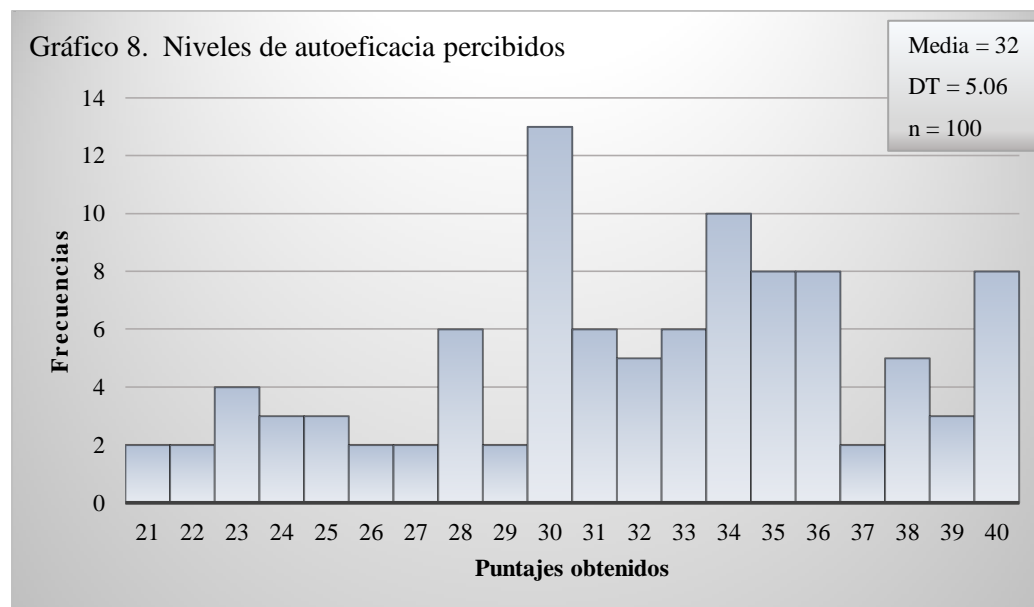
Resultados Autoeficacia percibida

En lo que se refiere a los niveles de autoeficacia percibida por los adultos mayores (Ver Gráfico 7), se observó que el mínimo obtenido es de 21, siendo superior con respecto al mínimo de la escala; y, el máximo obtenido es 40, valor que coincide con el máximo de la escala, con una media de 32.0, y una desviación típica de 5.06, valor que es inferior al 20% de la media obtenida, lo cual es un indicador de la homogeneidad de los datos; es decir, que el grupo de participantes se comporta o piensan de modo parecido con respecto a su autoeficacia percibida.



Se encontró que el 86% de los adultos mayores perciben un nivel de autoeficacia que está por encima de la media = 25 que corresponde a la media de la escala, mientras que el 14% percibe que su grado de autoeficacia está por debajo de la media de la escala.

El histograma de frecuencias (Ver Gráfico 8), muestra la distribución de los datos correspondiente a los niveles de autoeficacia percibida por los adultos mayores, en el que se observa una concentración de datos hacia valores altos de autoeficacia.

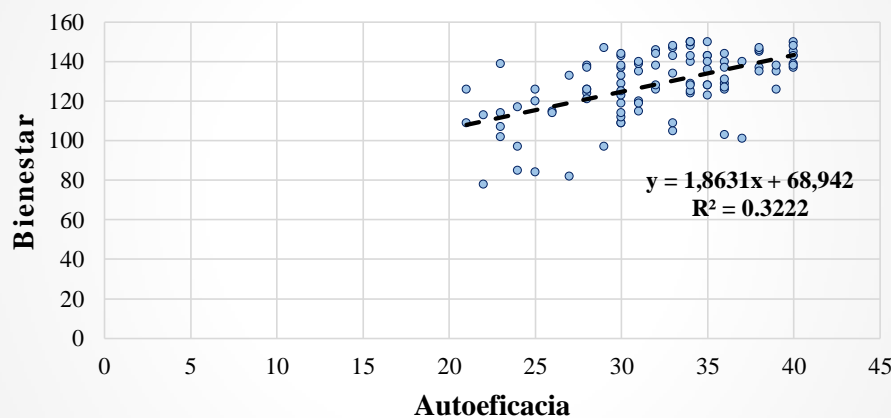


Relación entre bienestar y niveles de autoeficacia percibida en adultos mayores que participan en centros de servicios sociales

Se registró una relación directa moderada entre las variables bienestar y autoeficacia: coeficiente de Pearson $r = 0.57$. Complementariamente, con el objetivo de conocer si el nivel de autoeficacia de los adultos mayores es un buen predictor de los niveles de bienestar se efectuó un modelo de regresión lineal simple, el que se ilustra en el Gráfico 9.

El coeficiente de determinación ($R^2 = 0.32$) obtenido, expresa el porcentaje de varianza con la que la variable independiente autoeficacia predice la variable dependiente bienestar. En este caso la autoeficacia percibida por los adultos mayores predice el 32.22% del Bienestar percibido.

Gráfico 9. Análisis de regresión lineal



Relación bienestar y variables sociodemográficas

La distribución de datos de la variable bienestar corresponde a una distribución normal ($K-S = 1.244$; $p = 0.091$), de igual forma la distribución de la variable autoeficacia ($K-S = 0.937$; $p = 0.344$).

Se determinó que la variable sexo es la única variable sociodemográfica en la que se obtuvo un nivel de significancia p menor a 0.05, con lo que los niveles de percepción del bienestar por parte de las mujeres son superiores a los niveles de percepción de bienestar por parte de los hombres (Ver Tabla 7).

Para el caso de las demás variables sociodemográficas (estado civil, nivel de estudios, ingresos económicos, tiene pareja), su nivel de significancia (p) es mayor a 0.05, lo cual indica que estas variables no se asocian con los niveles de bienestar percibido (Ver Tabla 7).

Tabla 7.
Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas

Variables		Descriptivos			Pruebas de hipótesis	
		n	Media	DT	t	P
Sexo	Hombre	32	7.95	1.76	-4.149	0.000
	Mujer	68	8.86	0.95		
Estado civil	Casado	50	8.44	1.20	1.207	0.230
	Otros	50	8.70	0.98		

Nivel de estudios	Sin bachillerato	38	8.52	1.15	-0.374	0.709
	Con bachillerato	62	8.60	1.09		
Ingresos económicos	Menor a 668 dólares	43	8.46	1.19	0.888	0.377
	Mayor a 668 dólares	57	8.66	1.04		
Tiene pareja	No	44	8.70	1.22	-1.011	0.314
	Si	56	8.47	1.01		

DISCUSIÓN

Respondiendo al primer objetivo planteado en el presente estudio en cuanto a si existe o no correlación entre las variables autoeficacia y bienestar en adultos mayores que acuden a servicios sociales, en base al análisis descriptivo y estadístico se obtuvo como resultados que la variable bienestar está explicada por la variable autoeficacia en un 32%, lo que permite deducir que existe una relación de dependencia directa moderada. Además en el análisis de varianza (ANOVA) se determinó que el nivel de significancia p es menor a 0.05 en relación a la variable independiente autoeficacia.

En México se llevó a cabo un estudio con una muestra de 244 estudiantes universitarios de edades comprendidas entre 18 y 38 años (González, R., Valle, A., Freire, C., & Ferradás, M., 2012), en el cual se obtuvo como resultado que la autoeficacia percibida se relaciona de manera significativa con todas las dimensiones que integran el constructo de bienestar psicológico postulado por Ryff (1989), de modo que si los estudiantes universitarios se perciben competentes a sí mismos, tendrán un mayor nivel de autoaceptación, de dominio del entorno, de propósito en la vida, de crecimiento personal, de autonomía y de relaciones positivas con los demás. Otro hallazgo que corrobora los resultados obtenidos es el aporte de Bandura (1997), quien afirma que las personas logran su bienestar como consecuencia de alcanzar sus objetivos personales, los cuales a su vez dependen en gran parte de sus creencias de autoeficacia.

Con respecto al segundo objetivo de esta investigación acerca de los niveles de bienestar percibido, Seligman (2014) considera que el bienestar surge en base a cinco dimensiones: Emociones positivas, compromiso, relaciones, significado y logros,

denominadas PERMA (por sus siglas en inglés) por Seligman. De acuerdo a la base teórica y a la escala desarrollada por Julie Butler y Margaret Kern (2013), y en concordancia con la poca investigación y aplicación llevada a cabo, a mayor percepción y puntuación de estas dimensiones, mayor es el bienestar experimentado por las personas. Cabe aclarar que ésta escala incluye factores asociados al bienestar (emociones negativas, salud) e ítems criteriales (soledad, felicidad) que se utilizan para comparar o contrastar con los resultados de las demás dimensiones del perfil PERMA.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se determinó que la media del bienestar percibido (PERMA) es igual a 8.57, correspondiente a un nivel alto. En cuanto a los factores asociados, con respecto a las emociones negativas (N) se obtuvo una media = 4.06, lo cual indica que existe un nivel medio bajo de percepción de emociones negativas; y, en cuanto a la dimensión salud (H), la media = 7.62 obtenida indica que existe un nivel medio alto de percepción de salud. Al comparar la media = 8.53 del ítem criterial felicidad con la media del bienestar percibido encontramos que son muy semejantes, es decir, que existe una relación significativa entre estas dos dimensiones.

Al analizar cada una de las dimensiones del perfil PERMA, se evidencia una tendencia alta en las puntuaciones (Ver Gráfico 1), siendo la de mayor puntaje la dimensión compromiso (E), con una media = 8.79; por el contrario, la que refleja menor puntaje es la dimensión de relaciones personales (R), con una media = 8.34.

Al comparar el bienestar percibido (PERMA) y el factor asociado salud (H), los resultados obtenidos en este estudio son altos y superiores a la media, por lo que deducimos que existe una relación significativa entre la dimensión salud y el bienestar percibido.

Los resultados en el estudio “A cross-cultural comparison of the PERMA model of well-being” (Khaw, D., & Kern, M., 2014), determinaron que para el caso de Malasia, se obtuvieron puntuaciones superiores a la media; para el bienestar percibido la media = 6.87, compromiso con el valor más alto de la media = 7.18, y la dimensión que obtuvo la puntuación más baja es logros con una media = 6.52. Para Estados Unidos, las puntuaciones medias obtenidas fueron altas, de donde el bienestar percibido tiene una media = 7.83, la

dimensión compromiso tiene una media = 8,24; y, la más baja puntuación fue emociones positivas con una media = 7.47. La dimensión que puntuó más alto en el estudio comparativo de Malasia y Estados Unidos es compromiso, lo cual está acorde con los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde ésta dimensión obtuvo una media = 8.79, que es significativamente superior a la media del estudio antes mencionado. Por el contrario, la dimensión que más bajo puntuó en la investigación comparativa de Malasia es logros ($m = 6.52$), y para Estados Unidos fue emociones positivas ($m = 7.47$), y, para nuestro estudio, la dimensión más baja fue relaciones personales ($m = 8.34$).

Es posible que las diferencias entre las medias obtenidas se den debido a la diversidad cultural y étnica entre Malasia, Estados Unidos y la población de nuestro estudio que está conformada por adultos mayores jubilados que asisten a centros de apoyo y servicios sociales, por lo cual existe la tendencia a afrontar de manera más positiva esta etapa de su vida, ya que cuentan con un entorno ambiental y social seguro, ingresos económicos estables y acceso integral a la atención en salud. Estos resultados con adultos mayores no son concluyentes debido a que la investigación relacionada con el bienestar percibido por los adultos mayores es relativamente escasa.

En el estudio llevado a cabo en Australia (Kern, M., Waters, L., Adler, A., & White, M., 2015) a 516 estudiantes de entre 13 y 18 años, los resultados que se obtuvieron están por encima de la media de la escala y son los siguientes: emociones positivas con una media = 7.26, **compromiso con la media = 6.92, relaciones personales media = 8.02** y logros con una media = 7.06, los cuales contrastan con los resultados de nuestro estudio, donde la puntuación más alta fue compromiso, y la más baja obtenida relaciones personales. Resulta interesante que para este estudio, en comparación con el nuestro, las dimensiones y puntuaciones mínima y máxima se invierten, esto, posiblemente se debe a que en el estudio de Australia se aplicó el perfil PERMA orientado al área pedagógica a una muestra de adolescentes; además, no considera la dimensión M = significado, pues se llevó a cabo una correlación entre bienestar percibido y ansiedad/depresión.

En caso de que los resultados obtenidos en el presente estudio hubiesen sido bajos, pudiera ser debido a la pérdida de las habilidades funcionales normales, o también a que los

roles y tareas definidas socialmente se ven afectados, y el nivel de sociabilización del adulto tiende a disminuir (Ocampo, R., 2004).

En relación al tercer objetivo del presente estudio que hace referencia a los niveles de percepción de autoeficacia, Bandura (1992) sostiene que las personas que perciben un elevado sentido de autoeficacia ven los desafíos como oportunidades, lo que les permite desarrollar gran interés en las actividades que llevan a cabo y les ayuda a consolidar su sentido del compromiso, con lo cual logran tener la capacidad para reponerse ante situaciones adversas (Pavón, M. & Zariello, M., 2011).

En el presente estudio se determinó que los adultos mayores tienen un alto grado de percepción de su autoeficacia con una puntuación media = 32, con lo que podemos deducir que la alta percepción de autoeficacia es un buen predictor del bienestar. En cuanto a la confiabilidad de la (EAG), se demostró su consistencia interna al obtener un alto coeficiente alfa de Cronbach (0.872), resultado que nos permite aseverar que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica que pretende medir.

Los resultados antes mencionados son similares a los encontrados en estudios previos realizados con éste mismo instrumento en población chilena de ambos sexos de edades comprendidas entre 15 y 65 años, donde la media obtenida fue de 34.18 (Cid, H. P., Orellana, A., & Barriga, O., 2010); de igual forma, en investigaciones realizadas dentro del contexto latinoamericano, se encontraron resultados parecidos, como es el caso de Brasil, con una media = 33.01 (Burgues, J., Pereira, M., Garcia, A., & Dalbosco, D., 2012) en una población de entre 12 y 18 años; y, Argentina, donde la media obtenida fue de 33.01 (Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., & Vázquez, N., 2010) con un grupo de participantes de entre 18 y 66 años.

En el presente trabajo investigativo, en relación al autoeficacia percibida en adultos mayores se obtuvo una media = 32 que es superior a la media de la escala (25), lo cual indica que existe una concentración de datos hacia valores altos en percepción de autoeficacia, pero en comparación con las investigaciones antes mencionadas, es inferior con una diferencia

mínima entre medias, posiblemente debido a que la mayoría de estudios no fueron llevados a cabo con población adulta mayor.

La media más baja reportada al aplicar la EAG es de 20.2, y corresponde estudios realizados en Japón; este valor se encuentra por debajo de la media de la escala, lo cual podría deberse a que en los países orientales existe una tendencia a obtener puntuaciones más bajas, debido probablemente a las diferencias culturales en la forma de expresar y sentir el autoeficacia, por ser culturas colectivistas, no así en culturas occidentales que son más de carácter individualista (Scholz, U., Gutierrez, B., Sud, S., & Schwarzer, R., 2002). Podemos deducir que son las variables culturales las que tendrían mayor relevancia en la percepción de autoeficacia, más que otras variables sociodemográficas, como el género, nivel académico o la edad.

Con respecto al último objetivo planteado en el presente estudio, las variables sociodemográficas estado civil, nivel de estudios, ingresos económicos y tener pareja obtuvieron un nivel de significancia mayor a 0.05, lo cual implica un grado de percepción similar en cuanto al bienestar. La única variable sociodemográfica con un nivel de significancia menor a 0.05 es sexo (Ver Tabla 7), donde la diferencia de medias nos permite deducir que las mujeres tienen una percepción de bienestar superior a los niveles de bienestar percibidos por los hombres. Deducimos que esta diferencia posiblemente sea debido a que las mujeres presentan un mayor interés por participar en actividades en centros de servicios sociales, lo cual se demostró en el presente estudio, pues la proporción de mujeres de la muestra fue superior a la de hombres. Si bien todas las variables inciden de alguna manera en el bienestar, cabe recalcar que existen factores subjetivos, externos, ajenos y de personalidad que pueden alterar de alguna manera la percepción del bienestar.

CONCLUSIONES

- En el presente estudio se encontró que existe una correlación significativa entre el bienestar percibido y la autoeficacia en adultos mayores jubilados de edades comprendidas entre 65 y 85 años, lo cual es un indicador de que la autoeficacia percibida por el adulto mayor es un predictor positivo del bienestar que sienten.

- Los resultados obtenidos demuestran que el bienestar percibido por el adulto mayor se deriva de diversos factores sociales, personales y biológicos que contribuyen a su construcción y que surge cuando las diversas dimensiones asociadas al bienestar se desarrollan equilibradamente, por lo que es importante para el adulto mayor llevar una vida en sociedad activa como forma de mantener y disfrutar del bienestar en ésta etapa de su vida. Por lo tanto, es posible vivir plenamente la adultez mayor, sintiendo emociones positivas, compromiso, relaciones personales, significado con la vida, logros obtenidos, felicidad y salud que contribuyan a percibir y sentir un elevado bienestar que mejore la calidad de vida de las personas en ésta etapa.
- De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que existe un alto grado de autoeficacia percibida por los adultos mayores que acuden a servicios sociales, lo cual demuestra las adecuadas características psicométricas del instrumento al aplicarlo en este tipo de población, y a su vez es un indicador de que el adulto mayor confía en sus capacidades y recursos para el desempeño autónomo en las actividades en las que se involucra y desea cumplir. Atendiendo a estos hallazgos, debe tenerse en cuenta el importante papel que la autoeficacia tiene para envejecer, como predictora de un envejecimiento exitoso (Fernández, R., Zamarrón, D., Lopez, D., & Molina, A., et al., 2010).
- Se determinó que las variables sociodemográficas estado civil, nivel de estudios, ingresos económicos, tener pareja inciden en la percepción del bienestar, pero no de manera significativa, no así en el caso de la variable sexo, la cual incide positivamente en el bienestar y donde se comprobó que los adultos mayores mujeres tienen una mayor percepción de bienestar que los hombres, lo cual podría ser interpretado por el hecho de que existe un mayor número de mujeres en la muestra y que ellas presentan mayor interés en asistir al centro de servicios sociales.

Limitaciones

- Si bien el tipo de selección muestral no permite generalizar los resultados a la población, los mismos permiten llevar a cabo aproximaciones que pueden dar lugar a nuevas hipótesis e investigaciones.

- Una limitante en este estudio fue el número más elevado de participantes mujeres, en comparación con los hombres, ya que en el centro donde llevamos a cabo esta investigación existe mayor afluencia de mujeres en los distintos talleres, espacios y actividades que se llevan a cabo.

Recomendaciones

- El presente estudio se lo realizó con adultos mayores que gozan del derecho a la jubilación, por lo tanto, existe una población de **adultos mayores no jubilados** que no tienen este beneficio, por lo cual los estudios e investigaciones futuras deberían orientarse a estas personas para que puedan utilizar activamente su tiempo de ocio y disfrute y lograr una buena adaptación a esta etapa de su vida y experimentar mejores niveles de bienestar.
- En estudios posteriores, sugerimos trabajar con poblaciones lo más equilibradas posibles, es decir, 50% varones y 50% mujeres para que esta variable no se convierta en una limitante al momento de obtener, analizar e interpretar los resultados.



ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

“VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN ADULTOS CON O SIN DISCAPACIDAD”

Directora del Proyecto

Mst. Sandra Lima Castro

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Teléfono: 4051000 ext. 2831

Investigadores Principales:

Mst. Eva Peña

Mst. Claudio López

Mst. Cristina Cedillo

Mst. Catalina Mora

Descripción del Proyecto

Investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, están realizando un estudio con el fin de conocer factores relacionados con el bienestar en adultos con o sin discapacidad para apoyar con información para fortalecer los servicios de prevención, promoción y protección de la calidad de vida para personas con o sin discapacidad.

Consentimiento Voluntario del Participante

Si participo en este estudio, entiendo que se llevará a cabo en aproximadamente 10 minutos para completar cuestionarios. Toda la información obtenida en este estudio es completamente confidencial. La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, de la Declaración Universal de la UNESCO sobre los derechos humanos.

Si tengo cualesquier pregunta en el futuro sobre este estudio puedo contactar con la directora del proyecto en el teléfono indicado arriba.

He leído el documento precedente del consentimiento, o me lo han leído, y entiendo completamente el contenido de este documento. Por ello acuerdo por este medio participar en este estudio de investigación y recibiré una copia de este documento.

Firma del Entrevistado: _____ Fecha: _____

Numero de celular _____

Firma del Entrevistador: _____ Fecha: _____

**Anexo 2. Escala PERMA.**

Formulario No	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Encuestador:	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
Fecha:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Supervisor:	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
Lugar:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Código:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

PROYECTO “VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD”

En la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, se está realizando un estudio con el objeto de medir el bienestar de las personas que residen en la ciudad. Los datos son anónimos y serán empleados únicamente con fines de investigación; solicitamos absoluta sinceridad en las respuestas. Se agradece su participación.

Sección 1. Adaptación Perfil PERMA (Julie Butler & Margaret L. Kern, University of Pennsylvania)

Las siguientes preguntas tienen que ver con sus sentimientos frente a diferentes situaciones de la vida. A cada pregunta responda con un número que va desde 0 hasta el 10, encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta.

1. ¿Con qué frecuencia siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Con qué frecuencia se siente fascinado con lo que hace?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. En general, ¿con qué frecuencia se siente angustiado?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿Con qué frecuencia logra metas importantes que usted mismo se ha puesto?

Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26/01/2016 SLC Este instrumento ha sido adaptado por el Proyecto de Investigación “Variables asociadas al bienestar subjetivo de personas adultas con y sin discapacidad” ganador del Concurso XIII, para su utilización se requiere autorización.

**6. En general, ¿con qué frecuencia se siente optimista?**Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. En general, ¿con qué frecuencia se siente enojado?Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Con qué frecuencia es capaz de manejar sus responsabilidades?Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. En general, ¿con qué frecuencia se siente triste?Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Con qué frecuencia siente que el *tiempo vuela* cuando hace algo que le gusta?Nunca Siempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. En general ¿hasta qué punto lleva una vida con propósito y sentido?Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. ¿Hasta qué punto recibe apoyo de otras personas cuando lo necesita?Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. En comparación con otras personas de su misma edad y sexo, ¿considera que tiene un excelente estado de salud?Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26/01/2016 SLC Este instrumento ha sido adaptado por el Proyecto de Investigación “**Variables asociadas al bienestar subjetivo de personas adultas con y sin discapacidad**” ganador del Concurso XIII, para su utilización se requiere autorización.

**14. En general, ¿hasta qué punto se siente entusiasmado con sus actividades?**

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. En general, ¿hasta qué punto siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. ¿Qué tan solo se siente en su vida?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. ¿Qué tan satisfecho con su salud física se siente actualmente?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. ¿Qué tan querido se siente por otras personas?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. ¿Generalmente, sabe lo que quiere hacer con su vida?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. En general, ¿Tiene una excelente salud física?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26/01/2016 SLC Este instrumento ha sido adaptado por el Proyecto de Investigación “**Variables asociadas al bienestar subjetivo de personas adultas con y sin discapacidad**” ganador del Concurso XIII, para su utilización se requiere autorización.



22. En general, ¿hasta qué punto se siente satisfecho con su vida?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Considerando todas las cosas de su vida en conjunto, ¿qué tan feliz es?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. ¿Siente que tiene algo importante para contribuir a la sociedad?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. ¿Siente que es una parte importante de su comunidad?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. En la actualidad tiene pareja?

0. No _____ 1. Si _____

27. Si tiene pareja, ¿Está satisfecho con su relación?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. ¿Considera que la ciudad de Cuenca es un buen lugar para vivir?

Para nada Completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo 3. Adaptación del cuestionario de Auto-eficacia Generalizada.**Sección 2. Adaptación Auto-Eficacia Generalizada**

A cada una de las siguientes afirmaciones responda en qué medida son ciertas para Usted; marque con una cruz el recuadro que corresponda a su respuesta.

No	PREGUNTA	1	2	3	4
		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero.				
2	Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas.				
4	Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas.				
5	Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas				
6	Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confió en mis habilidades para enfrentarlos.				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8	Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9	En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer.				
10	Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones.				

Anexo 4. Datos sociodemográficos.**Sección 4. Datos sociodemográficos**

Marque con una cruz la respuesta correspondiente

1. Sexo**1 Hombre**

2 Mujer**7. Trabaja actualmente****0 No**

1 Si**2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?**

--

Escriba su edad en el casillero

8. En caso de que trabaje, ¿considera que tiene estabilidad laboral?**0 No**

1 Si**3. Estado civil****1 Soltero**

--

2 Casado

--

3 Unión libre

--

4 Separado

--

5 Divorciado

--

6 Viudo

--

9. ¿Tiene algún tipo de discapacidad por más de un año?**0 No**

1 Si**10. ¿La discapacidad es de tipo?****1 física**

--

2 visual

--

3 otra**Cuál**

Escriba la respuesta textual en la línea punteada

4. ¿Cuál es su ocupación principal?

.....
Escriba su respuesta en la línea punteada

5. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto al que asiste o asistió?**1 sin instrucción**

--

2 sin bachillerato

--

3 con bachillerato

--

4 estudios universitarios**11. La discapacidad es****1 De nacimiento**

--

2 Adquirida por enfermedad

--

3 Adquirida por accidente**12. El grado de discapacidad es:****1 leve**

--

2 moderado

--

3 severo

¡Muchas gracias por su colaboración

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allison, M., & Smith, S. (1990). Leisure and the quality of life: Issues facing racial and ethnic minority elderly. *Therapeutic Recreation Journal*(24), 50-63.
- Alpízar, I. (2011). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales*, 31(42), 15-26. Recuperado el 27 de Febrero de 2016, de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/3987/3829>
- ANDES. (2013). *En Ecuador se promueve el envejecimiento activo a través de proyectos sociales*. Recuperado el 6 de Enero de 2016, de Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica: <http://www.andes.info.ec/fr/node/22732>
- Argyle, M. (1993). Psicología y la calidad de vida. *Intervención psicosocial*, 2(6), 5 - 15. Recuperado el 15 de Febrero de 2016
- Atchley, R. (1975). Adjustment to loss of job at retirement. *International Journal of Aging & Human Development*, 6(1), 17-27. Recuperado el 4 de Marzo de 2016, de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/10-26_1.pdf
- Ávila, M., Febles, J., & Pereira, Y. (2009). *Perspectivas de la intervención terapéutica en adultos mayores institucionalizados*. Recuperado el 23 de Enero de 2016, de http://www.espaciotovenezuela.com/pdf_to/perspectivas_terapeutica.pdf
- Aymerich, M., Planes, M., & Gras, M. (2010). La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de psicología*, 26(1), 80-88. Recuperado el 27 de Febrero de 2016, de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/10-26_1.pdf
- Baessler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8. Recuperado el 28 de Septiembre de 2015
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales* (Segunda ed.). Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Berrezueta, L., Ojer, M., & Trébol, A. (2009). Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. *Terapia Ocupacional Galicia*, 6(4), 215-258. Recuperado el 23 de Enero de 2016, de <http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>
- Betz, N. (1992). Counseling uses of career self-efficacy theory. *The Career Development Quarterly*, 41, 23-26.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El Bienestar Social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. Recuperado el 11 de Marzo de 2016, de <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
- Boeree, G. (2005). *Teorías de la personalidad: Una selección de los mejores autores del siglo XX*. (R. Gautier, Trad.) UNIBE. Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de <http://beceneslp.edu.mx/PLANES2012/1er%20Sem/02%20Psicolog%EDa%20del%20Desarrollo%20Infantil/PDF/Teorias%20de%20la%20personalidad%20Erik%20Erikson.pdf>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, II(2), 50-63. Recuperado el 16 de Febrero de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Illinois, Chicago, United States of America: Aldine Publishing Company.
- Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia general. *Interdisciplinaria*, 1(27), 77-94. Recuperado el 30 de septiembre de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1668-70272010000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Burgos, A., & Urquijo, P. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*, 3(2), 131-150. Recuperado el 24 de Marzo de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3993052>
- Burgues, J., Pereira, M., Garcia, A., & Dalbosco, D. (2012). Propiedades psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Psico*, 42(2), 139-146. Recuperado el 15 de febrero de 2016, de https://www.researchgate.net/publication/236634685_Propriedades_psicometricas_da_Escala_de_Auto_eficacia_Geral_Percebida_EAGP_Psychometric_properties_of_the_General_Perceived_Self-Efficacy_Scale_EAGP
- Busot, I. (1997). Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional. *Encuentro Educacional*, 4(1), 53-63. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de <http://200.74.222.178/index.php/encuentro/article/view/1090>
- Butler, J., y Kern, M.L. (2015). *The PERMA-Profilier: A brief multidimensional measure of flourishing*. Obtenido de <http://www.peggykern.org/questionnaires.html>
- Calzado, A., Cortina, M., & Onidia, B. (2010). Actividades recreativas para la socialización del adulto mayor en el círculo de abuelos. *Revista digital efdeportes*, 15(149). Recuperado el 27 de Octubre de 2015, de <http://www.efdeportes.com/efd149/actividades-recreativas-para-la-socializacion-del-adulto-mayor.htm>
- Carrascal, S., & Solera, E. (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*, 26(1), 9-19. Recuperado el 23 de Enero de 2016, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4774417>
- Castellón, A., Gómez, M., & Martos A. (2004). Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(5), 252-257. Recuperado el 8 de Abril de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1068557>
- CEPAL. (2012). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Recuperado el 5 de Enero de 2016, de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>
- Cid H, P., Orellana Y, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*, 138(5), 551-557. Recuperado el 29 de Septiembre de 2015, de <http://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
- Cid, H. P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica Chile*(138), 551-557. Recuperado el 30 de septiembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872010000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la Escala de Autoeficacia General en Chile. *Revista Médica de Chile*(138), 551-557. Recuperado el 10 de febrero de 2016, de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>
- CNII. (2014). *Quienes son*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional del Ecuador: www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/quienes-son-adulto-mayor.html
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Norma Suprema*.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico* (Séptima ed.). México: Prentice Hall Hispanoamérica. Recuperado el 15 de Febrero de 2016
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*(95), 542-575. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015
- Diener, E. (1994). Intervención Psicosocial. *Psychological Bulletin*(3(8)), 67-113. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015
- Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Subjective well-being: An interdisciplinary perspective. *International series in experimental social psychology*, 21, 119 - 139. Recuperado el 8 de Febrero de 2016
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2004). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*(15), 187-219. Recuperado el 10 de Febrero de 2016
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 276-302.
- Dueñas, N. (s.f.). *Psicología de la salud*. Recuperado el 27 de Febrero de 2016, de El comportamiento en las etapas del desarrollo humano: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/paginas/pagina02/Tema8.html
- El Comercio. (2014). *Los adultos mayores tienen más opciones para mantenerse activos*. Recuperado el 5 de Enero de 2016, de Diario El Comercio: <http://www.elcomercio.com/tendencias/adultosmayores-recreacion-municipios-actividades.html>
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona, España: Paidós. Recuperado el 16 de Febrero de 2016
- Estrada, B., Ramsés, A., Martínez, M., & Itzel, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: Generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 103-118. Recuperado el 5 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Fernández, R., Zamarrón, D., Lopez, D., & Molina, A., et al. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647. Recuperado el 22 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515016>
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218 - 226. Recuperado el 2 de Abril de 2016
- Gajardo, J. (2011). *Terapia ocupacional en el adulto mayor: El valor de lo cotidiano*. Recuperado el 23 de Enero de 2016, de <http://www.med.uchile.cl/2011/octubre/6685-terapia-ocupacional-en-el-adulto-mayor-el-valor-de-lo-cotidiano.html>



- García, C., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado el 4 de Abril de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010
- García, M. (2002). La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. *Revista digital efdeportes*, 8(47). Recuperado el 16 de Diciembre de 2015, de <http://www.efdeportes.com/efd47/bien.htm>
- García, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*(6), 18-39. Recuperado el 10 de Enero de 2016, de http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/el_bienestar_subjetivo.pdf
- Gardner, H. (2010). *Mentes creativas: Una anatomía de la creatividad*. España: Paidós Iberica. Recuperado el 23 de Enero de 2016
- Garibay, H. (s.f.). *La ética hedonista o el arte del buen vivir*. Recuperado el 20 de Marzo de 2016, de <http://hectorceballos.mx/textos/pedagogicos/01.pdf>
- Gerrig R. J., & Zimbardo P. G. (2005). En *Psicología y vida* (17 ed., págs. 23-29). México: Prentice Hall. Recuperado el 30 de Enero de 2016, de <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
- González, R., Valle, A., Freire, C., & Ferradás, M. (2012). Relaciones entre la autoeficacia percibida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 40-48. Recuperado el 18 de mayo de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189004.pdf>
- González, V. (2008). Bienestar personal y actividades en la edad adulta tardía. *Tesis doctoral*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2015
- Havighurst, R., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Nueva York. Recuperado el 9 de Enero de 2016
- Hernández, G. (2008). Cese de la actividad profesional y preparación para la jubilación. *Cuadernos de relaciones laborales*, 27(2), 63-81. Recuperado el 2016 de Febrero de 27, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3148433>
- Herrero, V.G. (2008). Bienestar personal y actividades en la edad adulta tardía. *Disertación doctoral*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2015
- Homewatch Caregivers. (2006). *Salud y Bienestar - Adulto Mayor*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2015, de Homewatch Caregivers Latin America: <http://www.hwcglat.com/pdfs/GuideToSeniorHealthAndWellness.pdf>
- Kashdan, T., & Diener, R. (2014). *The upside of your dark side*. New York: Penguin Group.
- Kern, M., Waters, L., Adler, A., & White, M. (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 262-271. doi:doi.org/10.1080/17439760.2014.936962
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*(82), 1007-1022.
- Khaw, D., & Kern, M. (2014). A cross-cultural comparison of the PERMA model of well-being. Recuperado el 29 de abril de 2016

- Khaw, D., & Kern, M. (2015). *A cross cultural comparison of the PERMA model of well-being*. Recuperado el 25 de febrero de 2016, de <http://ujpb.org/a-cross-cultural-comparison-of-the-perma-model-of-well-being/>
- Marín, F. (2009). *Indicadores subjetivos de bienestar versus indicadores objetivos de bienestar del Ecuador*. Recuperado el 14 de Marzo de 2016, de FLACSO: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2032/3/TFLACSO-2009RFMR.pdf>
- Méndez, A. G., Desfilis, E. S., Barradas, M. L. M., & Valero, M. G. B. (2014). Gratitud existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y salud*, 24(2), 279-286. Recuperado el 5 de Enero de 2016, de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/931>
- Méndez, R. (2009). *Modelo de la autoeficacia del Dr. Albert Bandura*. Recuperado el 20 de abril de 2016, de <http://rogermendezbenavides.blogspot.com/2009/09/modelo-de-la-autoeficacia-del-dr-albert.html>
- MIES. (2013). *Agenda de igualdad para adultos mayores*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de Ministerio de Inclusión Económica y Social: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- Morano, P. (2013). *Los cinco pasos para la felicidad según Martin Seligman*. Recuperado el 29 de Septiembre de 2015, de Guioteca.com: <http://www.guioteca.com/crecimiento-personal/los-cinco-pasos-para-la-felicidad-segun-martin-seligman/>
- Ocampo, R. (2004). *Vejez y discapacidad: Visión comparativa de la población adulta mayor rural*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 27 de marzo de 2016, de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_rocampo.pdf
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100002&script=sci_arttext
- OMS. (2001). *El abrazo mundial: Manual*. Recuperado el 6 de Enero de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66854>
- OMS. (2006). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2015, de Género y el envejecimiento: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF>
- OMS. (2015). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado el 5 de Enero de 2016, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/
- OPS/OMS. (2002). *proMover Un estilo de vida para las personas adultas mayores*. Recuperado el 27 de Octubre de 2015, de Organización Panamericana de la Salud: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/ops-promover.pdf>
- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2007). El bienestar psicológico: Un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-9. Recuperado el 13 de Septiembre de 2015, de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>
- Ortíz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relacion con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>

- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo* (Novena ed.). México, México: McGraw Hill Interamericana. Recuperado el 16 de Febrero de 2016
- Park, N., Peterson, P., & Sun, J. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 31(1), 11 - 19. Recuperado el 3 de Abril de 2016, de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n1/art02.pdf>
- Pavón, M. & Arias, C. (2013). La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(2), 74-80. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333129928004.pdf>
- Pavón, M. & Zariello, M. (2011). Estudio exploratorio sobre autoeficacia para envejecer. Comparación en dos grupos etéreos. *XVIII Jornadas de Investigación Séptimo encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR*, (págs. 112-114). Buenos Aires. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de <http://www.aacademica.org/000-052/376>
- Pavón, M. (2011). Toma de decisiones, autoeficacia percibida y bienestar psicológico en tres grupos etéreos. *Anuario de proyectos e informes de becarios de investigación*(8), 499-503. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/1293/Anuario_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Peréz, A. (1997). *Recreación: fundamentos teórico - metodológicos*. La Habana: Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo". Recuperado el 27 de Octubre de 2015
- Russell, J. & Carroll, J. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 1(125), 3 - 30. doi: 10.1037/0033-2909.125.1.3
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of Psychology*(52), 141-166. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015
- Ryff, C., & Burton, H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*(9), 9-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Salanova, M., et. al. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de psicología*(21(001)), 170 - 180. Recuperado el 16 de Septiembre de 2015
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Recuperado el 18 de Febrero de 2016
- Sanjuán, P., Pérez, A., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513. Recuperado el 25 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72797116>
- Scholz, U., Gutierrez, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*(18), 242-251. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schwarzer, R. (1997). General perceived self-efficacy in 14 cultures. *Freie Universitat*. Recuperado el 21 de septiembre de 2015, de <http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>

- Seligman, M. (2006). *Authentic Happiness*. (D. Mercé, & A. Debritto, Trans.) Barcelona: Ediciones B.
Recuperado el 29 de Septiembre de 2015
- Seligman, M. (2014). *Floreecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar* (Primera ed.). México D.F.: Océano. Recuperado el 4 de Abril de 2016
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 1(55), 5-14. Recuperado el 29 de Septiembre de 2015
- Sirlin, C. (2007). La jubilación como situación de cambio. *Comentarios de seguridad social*(16), 47-73.
Recuperado el 27 de Febrero de 2016, de <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1671/1/la-jubilacion-como-situacion-de-cambio.-c.--sirlin.pdf>
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 1(31), 115-125.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*(5), 15-28. Recuperado el 24 de Marzo de 2016, de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87 - 116.
Recuperado el 26 de Marzo de 2016, de <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/94d-fulls.pdf>
- Velasco, G. (2015). *Psicología Positiva, Motivación y Reflexión*. Recuperado el 25 de Marzo de 2016, de La Teoría del Bienestar de Martin E. P. Seligman: <https://gerryvelasco.wordpress.com/2015/02/09/la-teoria-del-bienestar-de-martin-e-p-seligman/>
- Verduin Jr, J., & McEwen, D. (1984). *Adults and their leisure: The need for lifelong learning* (Tercera ed.). Springfield: Charles C. Thomas.
- WHO. (1990). *Healthy ageing*. Recuperado el 6 de Enero de 2016, de World Health Organization: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/healthy-ageing>
- WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Recuperado el 6 de Enero de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- Zubieta, E., Muratori, M., & Fernandez, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: Explorando diferencias de género. *Salud & sociedad*, 3(1), 66 - 76. Recuperado el 25 de Marzo de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-74752012000100005&script=sci_arttext